



SOLICITUD DE REVISIÓN DE PRESTACIONES

ATENCIÓN. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible.
ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
DNI/NIE/Pasaporte	Número de Seguridad Social		Teléfono móvil		Correo electrónico	
Domicilio habitual (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso
Código postal	Localidad		Provincia			País

PRESTACIÓN QUE SE VA A REVISAR

.....

MOTIVOS QUE ALEGA

.....

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

AUTORIZO, la consulta de mis datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

En, a..... de de 20

Firma del solicitante,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de.....

NOTA: Esta solicitud/comunicación va a ser tratada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en este formulario serán incorporados y tratados en un fichero informático bajo custodia de la Dirección General/Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados en dicho fichero ante la Dirección Provincial del INSS o ante un Centro de Atención e Información del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14)

MOTIVO: Revisión de la prestación por pago de atrasos de carrera profesional de OSAKIDETZA



PRESTAZIO-BERRIKUSTE ESKABIDEA

KONTUZ. Ahal den neurrian, osorik eta zehatz-mehatz bete inprimakia.
LETRA LARRIAK ERABILIZ, ARGI ETA GARBI IDATZI

ESKERRIK ASKO ZURE LAGUNTZAGATIK

ESKATZAILEAREN DATUAK

Lehen abizena		Bigarren abizena		Izena			
NAN/AIZ/Pasaportea	Gizarte Segurantzaren zkia.		Tel. mugikorra		Posta elektronikoa		
Ohiko helbidea (kalea edo plaza)			Zkia.	Blokea	Eskailera	Pisua	Atea
Posta kodea	Herria		Probintzia			Herrialdea	

BERRIKUSTEKO PRESTAZIOA

.....

ALEGATZEN DIREN ARRAZIOAK

.....

.....

.....

.....

.....

AITORTZEN DUT nire erantzukizunpean, eskaera honetan idatzi ditudan datuak egiazkoak direla, eta horietan gertatzen den edozein aldaketa

BAIMENA EMATEN DUT Gizarte Segurantzaren Institutu Nazionalari jakinarazi beharko dizkiodala. identifikazio pertsonaleko datuak Nortasun-Datuak Egiaztatzeko Zerbitzuaren bidez kontsultatzeko.

ESKATZEN DUT Inprimaki hau sinatuz, nire eskaera hau bideratzea, hartarako, modurik onenean ebazteko neurriak hartuko dira.

....., 20 (e) ko ren (e) ar
Eskatzailearen sinadura,

Gizarte Segurantzaren Institutu Nazionalaren Probintzia Zuzendari Jn/And.

OHARRA: Eskaera/jakinarazpen hau baliabide informatikoak erabiliz bideratuko da. Han agertzen diren datu pertsonalak fitxategi batean gordeko ditugu, Gizarte Segurantzaren Institutu Nazionalaren Zuzendaritza Orokorrak/Probintzia Zuzendaritzak (INSS) babestuko ditu. Gordetako datu horiek, edozein unetan ikusi, zuzendu, ezabatu eta aurka egin ditzakezu G SINren Probintzia Zuzendaritzaren aurrean edota Gizarte Segurantzaren Arreta eta Informazio Zentro batean (15/1999 Legearen 5. Art. Abenduaren 13koa, datu pertsonalen babesari buruzkoa. 14ko BOE)

ARRAZOIA: Osakidetzako karrera profesionaleko atzerapenak ordaintzeagatiko
prestazioak berrikustea