



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)