



SOLICITUD DE CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA

Aplicación Artículo 19.1 del Reglamento CE 883/2004 y
Artículo 25 A) del Reglamento CE 987/2009.

DATOS DEL SOLICITANTE (1)

Primer apellido		Segundo apellido	Nombre
DNI-NIE-Pasaporte		Fecha de nacimiento	Nº de la Seguridad Social
Lugar efectivo de residencia			Desde
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	Dirección postal

(1) Si usted es beneficiario de una persona asegurada (titular del derecho), por favor cumplimente los siguientes datos:

DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA DE LA QUE USTED DEPENDE

Primer apellido		Segundo apellido	Nombre
DNI-NIE-Pasaporte		Fecha de nacimiento	Nº de la Seguridad Social

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud.

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 esta petición.

....., a de de 20

Firma del solicitante

SR/A. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE

NOTA: Los datos personales recogidos en este formulario serán incorporados y tratados en el fichero informático creado por la Orden Ministerial 27-7-1994 (BOE del día 29) para el cálculo, control y revalorización de la pensión, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la dirección provincial o cualquier centro de atención e información del INSS (artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE del día 14).