MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

RECURSO DE REPOSICIÓN

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	Teléfono	Correo electrónico				
Domicilio habitual (calle, plaza...)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia	País			

RECURSO INTERPUESTO POR REPRESENTANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre				
DNI-NIE-pasaporte	Teléfono	Correo electrónico				
Domicilio habitual (calle, plaza...)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia	País			

20250918

C-242 cas V.1

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

INTERPOSICIÓN DE RECURSO DE REPOSICIÓN

El solicitante, cuyos datos son los consignados, **EXPONE** que por medio del presente escrito **INTERPONE RECURSO DE REPOSICIÓN** contra la resolución de su **solicitud de compensación derivada de la exposición al amianto**.		
ÓRGANO AUTOR DEL ACTO ANTE EL QUE SE PRESENTA EL RECURSO: Subdirección General de Gestión de Prestaciones		
Descripción:		
Número de expediente:	Fecha del acto	Fecha de notificación

Por no estar conforme con el acto administrativo mencionado, formulo las siguientes alegaciones:

Por todo lo anteriormente expuesto **SOLICITO** que, teniendo por presentado en tiempo y forma este escrito y los documentos que se acompañan, se admitan como **RECURSO DE REPOSICIÓN** contra el indicado acto administrativo y conforme al procedimiento establecido, se adopte resolución de acuerdo con las alegaciones efectuadas.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente recurso.

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

……, a …… de …… de 20 …….

Firma

Sr. Subdirector General de Prestaciones

Los datos personales reflejados en esta solicitud serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la información/petición formulada. Podrá ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679 y artículos 11 a 18 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (acceso, rectificación, supresión, etc…), ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: *consultas.inss-sscc.proteccion-dedatos@seg-social.es*. Para más información consulte la política de protección de datos del INSS en la web: *www.seg-social.es*.

20250918

C-242 cas V.1