PROCEDEMENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

INSTRUCIÓNS PARA CUBRIR A SOLICITUDE

1.- DATOS PERSOAIS.- Indique os seus datos de identificación persoal e de residencia permanente. Sinale a súa profesión así como as tarefas habituais da súa actividade laboral.

Se a petición non se formula no propio nome, senón a través de representante, cubrirase o apartado 1.2 DO REPRESENTANTE LEGAL, indicando o tipo de representación.

Naqueles supostos nos que o solicitante (punto 1.1), para formular a solicitude, precise a intervención dun gardador de feito ou, no seu caso, dun curador/defensor xudicial, cubra tamén o apartado dos datos persoais (puntos 1.3/1.4).

2.- MOTIVOS DA SÚA DISCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA.- Indique os motivos que ten para mostrar a súa disconformidade coa alta médica emitida.

3.- DATOS DA ENTIDADE COLABORADORA E DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, QUE MOTIVA A DISCONFORMIDADE.- Sinale o nome da Mutua Colaboradora coa Seguridade Social ou Empresa Colaboradora, así como as datas de baixa e alta médica do proceso de incapacidade temporal do que pide a revisión.

4.- DOCUMENTOS QUE ACHEGA. Á SOLICITUDE.- Co obxecto de que este Instituto coñeza os antecedentes médico-clínicos, debe engadir o historial médico anterior relacionado co proceso de incapacidade temporal do que pide a revisión ou, se non dispón do mesmo, achegar copia da solicitude do historial á entidade colaboradora (Mutua Colaboradora coa Seguridade Social ou Empresa Colaboradora), o que acreditará mediante o selo de entrada da entidade no formulario e, neste último caso, achegar copia da alta médica causante da presente revisión.

5.- ALEGACIÓNS.- Se quixer engadir algo que considere importante para tramitar a súa prestación e non o estivese recollido no formulario, póñao neste epígrafe da forma máis breve e concisa posible.

O INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL INFÓRMAO:

Se esta solicitude non vai acompañada dos documentos necesarios para a súa tramitación, deberá presentalos no prazo de dez días contados desde o seguinte a aquel no que se lle notificase o seu requirimento. Pode presentalos sen desprazarse na Sede Electrónica da Seguridade Social, utilizando certificado dixital ou Cl@ve permanente (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo postal ou persoalmente en Centro de Atención e Información da Seguridade Social solicitando cita previa.

O incumprimento do prazo sinalado terá os seguintes efectos:

– Documentos de identificación do solicitante e, no seu caso, do representante, do gardador de feito/curador/defensor xudicial, así como a acreditación da representación legal: entenderase que desiste da súa petición, de acordo co previsto nos arts. 66 e 68 da Lei 39/2015, do 1 de outubro (BOE do 02-10-2015). Se, pola contra, os presenta no tempo requirido, o prazo máximo para resolver e notificar a súa prestación iniciarase a partir da data de recepción deses documentos.

– Resto de documentos: O seu expediente tramitarase sen ter en conta as circunstancias ás que se refiren por non seren probadas, de acordo co art. 77 da mesma Lei 39/2015.

20220324

C-062 gal V.5

IMPORTANTE:

Se solicita o historial médico ante a entidade colaboradora (Mutua ou Empresa) pode levar este formulario para que lle poñan o selo de entrada que acredite a súa solicitude na entidade.

O traballador que inicie o procedemento de revisión, comunicarao á empresa o mesmo día no que presente a súa solicitude ou no seguinte día hábil. A tal fin, este formulario , contén dúas copias cos datos básicos da revisión, para que comunique a súa empresa o inicio do procedemento e, no seu caso, á Mutua Colaboradora coa Seguridade Social. Ambas as copias só terán validez cando foren presentadas e rexistradas.

As resolucións emitidas polo Instituto Nacional da Seguridade Social, no exercicio das competencias establecidas no artigo 4 do Real Decreto 1430/2009 do 11 de setembro, poderán considerarse ditadas cos efectos atribuídos á resolución dunha reclamación previa, de conformidade co disposto no artigo 71.3 da Lei 36/2011 do 10 de outubro, reguladora da xurisdición social (BOE/BOE do 11 de outubro). O que constará na resolución que se dite.

Calquera variación nos datos desta solicitude mentres estea vixente o procedemento, debe vostede comunicalo á Dirección Provincial ou ao Centro de Atención e Información (CAISS) deste Instituto mais preto do seu domicilio.

Se desexa que as notificacións que remite a Seguridade Social se realicen a partir de agora tan só por medios electrónicos, comuníquenolo no servizo de desistencia do canle postal en *http://run.gob.es/sckwao*.

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

PROCEDEMENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUDE DE REVISIÓN DE ALTA MÉDICA, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, EMITIDA POLA MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL OU EMPRESA COLABORADORA

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DATOS PERSOAIS

1.1 DO SOLICITANTE

Primeiro apellido		Segundo apelido		Nome		
Data de nacemento	Sexo ☐ Home ☐ Muller	DNI-NIE-Pasaporte	Número da Seguridade Social	Teléfono móbil	Teléfono fixo	
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque	Escaleira	Andar / Porta
Código postal	Localidade		Provincia	Nacionalidade		
Correo electrónico						
Profesión	Descrición das tarefas habituais da súa actividade laboral					

1.2 DO REPRESENTANTE LEGAL que actúa como:

Titor ☐ Titor institucional ☐ Graduado social ☐ Xestor administrativo ☐ Outros apoderados ☐

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome	
DNI-NIE-Pasaporte				Teléfono móbil	Teléfono fixo
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque	Escaleira / Andar / Porta
Código postal	Localidade		Provincia	País	
Correo electrónico					

1.3 GARDADOR DE FEITO, cubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun garda de feito

Gardador de feito ☐ Gardador de feito xudicial ☐

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome	
DNI-NIE-Pasaporte				Teléfono móbil	Teléfono fixo
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque	Escaleira / Andar / Porta
Código postal	Localidade		Provincia	País	
Correo electrónico					

20220324

C-062 gal V.5

Exemplar para o INSS

Apelidos e nome:	DNI-NIE-Pasaporte:

1.4 CURADOR/DEFENSOR XUDICIAL, cubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun titor/defensor xudicial

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móbil		Teléfono fixo		
Domicilio (rúa, praza …)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

2. MOTIVOS DA SÚA DISCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA

20220324

3. DATOS DA ENTIDADE COLABORADORA E DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, MOTIVO DA DISCONFORMIDADE

Mutua Colaboradora coa Seguridade Social/ Empresa Colaboradora .....

Data da baixa médica ..... Data da alta médica .....

C-062 gal V.5

4. DOCUMENTOS QUE ACHEGA

- ☐ Copia da alta médica emitida pola Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora.
- ☐ Historial médico previo relacionado co proceso de incapacidade temporal do que pide a revisión.
- ☐ Solicitude do historial clínico á Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora, conforme consta neste formulario.

Recibida a solicitude do historial clínico

Selo de entrada da Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou da Empresa Colaboradora

Exemplar para o INSS

Apelidos e nome:	DNI - NIE - Pasaporte ③

5. ALEGACIÓNS

DECLARO que son certos os datos incluídos nesta solicitude.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para consultar e recoller electronicamente os datos ou documentos que se atopen en poder de calquera Administración, cuxo acceso non estea previamente amparado pola lei e que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida:

☐ **SI dou o meu consentimento**

☐ **NON dou o meu consentimento**

NOTA IMPORTANTE: En caso de non dar o seu consentimento deberá achegar, no prazo de 10 días hábiles, os documentos que se lle indiquen que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para utilizar o teléfono móbil, o correo electrónico e os datos de contacto consignados nesta solicitude para enviarlle comunicacións en materia de Seguridade Social:

☐ **SI dou o meu consentimento**

☐ **NON dou o meu consentimento**

20220324

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS	
RESPONSABLE	Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)
FINALIDADE	Xestión das prestacións do Sistema da Seguridade Social competencia do INSS
LEXITIMACIÓN	Exercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Só se efectuarán cesións e transferencias previstas legalmente ou autorizadas mediante o seu consentimento
DEREITOS	Acceder, rectificar e suprimir os datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional
PROCEDENCIA	Recollemos datos doutras administracións e entidades nos termos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Pode consultar información adicional e polo miúdo na folla informativa que se achega ao presente formulario no apartado “INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS”

C-062 gal V.5

Exemplar para o INSS

..... , a ..... de ..... de 20 .....

Sinatura

Se vai presentar esta solicitude por Internet, non é preciso que asine este formulario

DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL DE .....

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

PROCEDEMENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUDE DE REVISIÓN DE ALTA MÉDICA, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, EMITIDA POLA MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL OU EMPRESA COLABORADORA

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DATOS PERSOAIS

1.1 DO SOLICITANTE

④

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome		
Data de nacemento	Sexo ☐ Home ☐ Muller	DNI-NIE-Pasaporte	Número da Seguridade Social	Teléfono móbil	Teléfono fixo	
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque / Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade		Provincia	Nacionalidade		
Correo electrónico						
Profesión	Descrición das tarefas habituais da súa actividade laboral					

1.2 DO REPRESENTANTE LEGAL que actúa como:

Titor ☐ Titor institucional ☐ Graduado social ☐ Xestor administrativo ☐ Outros apoderados ☐

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome	
DNI-NIE-Pasaporte				Teléfono móbil	Teléfono fixo
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque / Escaleira	Andar / Porta
Código postal	Localidade		Provincia	País	
Correo electrónico					

1.3 GARDADOR DE FEITO, cubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun garda de feito

Gardador de feito ☐ Gardador de feito xudicial ☐

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome	
DNI-NIE-Pasaporte				Teléfono móbil	Teléfono fixo
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque / Escaleira	Andar / Porta
Código postal	Localidade		Provincia	País	
Correo electrónico					

20220324

C-062 gal V.5

Exemplar para o traballador

Apelidos e nome:	DNI-NIE-Pasaporte:

1.4 CURADOR/DEFENSOR XUDICIAL, cubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun titor/defensor xudicial

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móbil		Teléfono fixo		
Domicilio (rúa, praza …)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

2. MOTIVOS DA SÚA DISCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA

3. DATOS DA ENTIDADE COLABORADORA E DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, MOTIVO DA DISCONFORMIDADE

Mutua Colaboradora coa Seguridade Social/ Empresa Colaboradora .....

Data da baixa médica ..... Data da alta médica .....

4. DOCUMENTOS QUE ACHEGA

- ☐ Copia da alta médica emitida pola Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora.
- ☐ Historial médico previo relacionado co proceso de incapacidade temporal do que pide a revisión.
- ☐ Solicitude do historial clínico á Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora, conforme consta neste formulario.

Recibida a solicitude do historial clínico

Selo de entrada da Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou da Empresa Colaboradora

5. ALEGACIÓNS

..... , a ..... de ..... de 20 .....

Sinatura

Se vai presentar esta solicitude por Internet, non é preciso que asine este formulario

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

PROCEDEMENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUDE DE REVISIÓN DE ALTA MÉDICA, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, EMITIDA POLA MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL OU EMPRESA COLABORADORA

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DATOS PERSOAIS

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome ⑥		
Data de nacemento	Sexo ☐ Home ☐ Muller	DNI-NIE-Pasaporte	Número da Seguridade Social	Teléfono móbil	Teléfono fixo	
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque / Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade		Provincia	Nacionalidade		
Correo electrónico						
Profesión	Descrición das tarefas habituais da súa actividade laboral					

2. MOTIVOS DA SÚA DISCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA

3. DATOS DA ENTIDADE COLABORADORA E DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, MOTIVO DA DISCONFORMIDADE

Mutua Colaboradora coa Seguridade Social/ Empresa Colaboradora .....

Data da baixa médica ..... Data da alta médica .....

4. DOCUMENTOS QUE ACHEGA

☐ Copia da alta médica emitida pola Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora.
☐ Historial médico previo relacionado co proceso de incapacidade temporal do que pide a revisión.
☐ Solicitude do historial clínico á Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora, conforme consta neste formulario.

Recibida a solicitude do historial clínico

Selo de entrada da Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou da Empresa Colaboradora

20220324
C-062 gal V.5

Exemplar para a empresa

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

PROCEDEMENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUDE DE REVISIÓN DE ALTA MÉDICA, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, EMITIDA POLA MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL OU EMPRESA COLABORADORA

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DATOS PERSOAIS

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome ⑦		
Data de nacemento	Sexo ☐ Home ☐ Muller	DNI-NIE-Pasaporte	Número da Seguridade Social	Teléfono móbil	Teléfono fixo	
Domicilio (rúa, praza …)			Número	Bloque / Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade		Provincia	Nacionalidade		
Correo electrónico						
Profesión	Descrición das tarefas habituais da súa actividade laboral					

2. MOTIVOS DA SÚA DISCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA

3. DATOS DA ENTIDADE COLABORADORA E DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, MOTIVO DA DISCONFORMIDADE

Mutua Colaboradora coa Seguridade Social/ Empresa Colaboradora .....

Data da baixa médica ..... Data da alta médica .....

4. DOCUMENTOS QUE ACHEGA

☐ Copia da alta médica emitida pola Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora.
☐ Historial médico previo relacionado co proceso de incapacidade temporal do que pide a revisión.
☐ Solicitude do historial clínico á Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou Empresa Colaboradora, conforme consta neste formulario.

Recibida a solicitude do historial clínico

Selo de entrada da Mutua Colaboradora con Seguridade Social ou da Empresa Colaboradora

20220324
C-062 gal V.5

Exemplar para a Mutua ou Empresa Colaboradora

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

A ENCHER POLA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación do seu expediente:

Funcionario de contacto:

Apelidos e nombre: DNI-NIE-Pasaporte ⑧

PROCEDEMENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUDE DE REVISIÓN DA ALTA MÉDICA, POR CONTINXENCIAS PROFESIONAIS, EMITIDA POLA MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL OU EMPRESA COLABORADORA

DOCUMENTOS QUE SE LLE PIDEN NA DATA DE RECEPCIÓN DA SOLICITUDE POLO INSS:

1 ☐ DNI, pasaporte ou equivalente, NIE/TIE de:
- ☐ Solicitante.
- ☐ Representante.
- ☐ Gardador de feito.
- ☐ Curador/defensor xudicial.

2 ☐ Documentación acreditativa da representación.

3 ☐ Resolución ou autorización xudicial para o punto 1.3/1.4.

4 ☐ Copia da alta médica emitida pola Mutua Colaboradora coa Seguridade Social ou Empresa Colaboradora.

5 ☐ Historial médico anterior relacionado co proceso de incapacidade temporal do que pide a revisión.

6 ☐ Copia da solicitude do historial clínico á Mutua Colaboradora coa Seguridade Social ou Empresa Colaboradora.

7 ☐ Outros documentos

Recibín Sinatura

20220324
C-062 gal V.5

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

RESPONSABLE DO TRATAMENTO	***Quen é o responsable do tratamento dos seus datos persoais?*** Instituto Nacional da Seguridade Social Rúa Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	***Como pode contactar co Delegado de Protección de Datos?*** Enderezo do Servizo Xurídico da Seguridade Social Rúa Sagasta, 13 - 6ª Andar CP 28004 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
FINALIDADE DO TRATAMENTO	***Para que empregaremos os seus datos?*** Os seus datos serán tratados coa finalidade principal de resolver esta solicitude e de xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida. O tratamento dos seus datos de contacto terá coma finalidade a realización de comunicacións e remisión de información en materia de Seguridade Social. Os datos persoais proporcionados conservaranse mentres sexan necesarios para xestionar a súa prestación ou as dos seus posibles beneficiarios, así como para outros fins de arquivo e estatística pública.
LEXITIMACIÓN DO TRATAMENTO	***Cal é a lexitimación para o tratamento dos seus datos?*** O tratamento dos datos realizarase sobre a base do exercicio de poderes públicos autorizado por unha norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 e concordantes do Real Decreto Lexislativo 8/2015, de 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, en adiante TRLXSS). Verbo das comunicacións e envío de informacións en materia de Seguridade Social, o tratamento virá lexitimado polo seu consentimento. A negativa a outorgalo suporá que non poderá recibir este tipo de envíos, se ben non impedirá que lle podamos informar polos ditos canais do estado das súas solicitudes. Tamén lle informamos de que non está obrigado a proporcionar o seu enderezo de correo electrónico e número de teléfono móbil e que, en caso de non facilitalos, non impedirá o trámite da súa solicitude.
DESTINATARIOS DE CESIÓNS OU TRANSFERENCIAS	***A quen comunicaremos os seus datos?*** Os datos persoais obtidos polo Instituto Nacional da Seguridade Social no exercicio das súas funcións teñen carácter reservado e só se empregarán para os fins encomendados legalmente, sen que poidan ser cedidos ou comunicados a terceiros, agás que a cesión ou comunicación teña por obxecto algún dos supostos previstos expresamente no artigo 77 do TRLXSS, así como os supostos indicados en calquera outra norma de rango legal. Se se trata dunha solicitude baseada en normativa internacional, os seus datos poderán ser cedidos aos organismos estranxeiros competentes para o trámite da súa solicitude.
DEREITOS DAS PERSOAS INTERESADAS	***Cales son os seus dereitos cando nos proporciona os seus datos persoais?*** Verbo dos datos persoais proporcionados, pode exercitar en calquera momento e nos termos establecidos pola normativa de protección de datos os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación e oposición, ou ben retirar o consentimento prestado ao seu tratamento nos casos que fose requirido, todo iso mediante escrito presentado nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social (CAISS) ou, por correo postal ou a través da sede electrónica da Seguridade Social, ante o Delegado de Protección de Datos cuxos datos se atopan no segundo apartado desta táboa. Informámoslle de que en caso de considerar que o seu requirimento non foi atendido oportunamente, ten a posibilidade de presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos.
PROCEDENCIA	***Como obtemos os seus datos persoais?*** Amais dos datos proporcionados por vostede na súa solicitude, recollemos outros datos persoais doutras administracións e entidades en cumprimento da normativa e co fin de axilizar e facilitar a actuación administrativa. Estes accesos a datos están amparados en normas con rango de lei.

20220324
C-062 gal V.5