

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		N.I.F.																																																			
Apellidos	Nombre		Teléfono																																																			
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia																																																			
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número																																																				
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia																																																			
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE																																																						
<ul style="list-style-type: none"> Original o copia compulsada de la Resolución de Licencia (F.17R) correspondiente al cuarto mes y, en su caso, a los siguientes transcurridos en esta situación (F.17). Certificado de la Pagaduría sobre las retribuciones percibidas en el mes en el que se produzca la primera licencia. 																																																						
DATOS PARA EL PAGO																																																						
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE																																																						
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>																																																						
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
COD. IBAN		DATOS BANCO O CAJA		DATOS DE LA SUCURSAL		D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA																																																
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.					LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA (en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del DNI del titular y representante) Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. NIF del representante: Relación con el titular:																																																	
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS																																																						

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		N. I. F.
Apellidos	Nombre		Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> Sólo pueden ser beneficiarios de esta prestación los funcionarios civiles y el personal estatuario del CNI. El derecho al subsidio surge desde que comienza el cuarto mes de licencia por enfermedad o accidente y se puede percibir durante un máximo de 21 meses. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada. Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de la petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud. 			
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones por incapacidad e informes médicos, cuya finalidad será la gestión del expediente de subsidio por incapacidad temporal, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.c) y 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo 1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.</p> <p>El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es. Delegado de Protección de Datos: dpd@mde.es.</p> <p>Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento</p>			