

COMPROBANTE DE REGISTRO ELECTRÓNICO

DATOS DE REGISTRO

1 / 2

Solicitud de **ALTA DE BENEFICIARIO DE ASISTENCIA SANITARIA**

Nº registro: **2025000000000488286**

Fecha y hora del registro: **15/02/2025 11:01:10:00**

SOLICITANTE:

Nombre y Apellidos: **BRUNO GUERRA**
NIE: **X6523228Z**

BENEFICIARIO:

Nombre y Apellidos: **BRIANNA GUERRA SANZ**
Fecha Nacimiento: **21/12/2024**
Nombre del otro progenitor: **MARIA**
Parentesco: **HIJO**
Sexo: **MUJER**
País de nacionalidad: **ESPAÑA**
Tiene cobertura obligatoria de
esta prestación por otra vía: **SI**

OTROS DATOS:

Domicilio de notificaciones:

CALLE CALPE PARK 9, 9 2K
03710 CALPE, ALACANT/ALICANTE
ESPAÑA

Idioma de contacto:

Castellano

Contacto para comunicaciones:

Teléfono móvil: 34 626486047

Email: 22guerrabruno@gmail.com

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

DOY MI CONSENTIMIENTO al Instituto Nacional de la Seguridad Social para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

PROTECCIÓN DE DATOS.-

RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado “INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES”