

ANEXO VI

CONSENTIMIENTO DEL FAMILIAR DEPENDIENTE PARA REALIZAR CONSULTAS AL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE RESIDENCIA (CONCILIACIÓN POR CUIDADO DE FAMILIAR)

Mediante este documento, D/Dña.....
con DNI..... presto mi consentimiento, para la consulta al Sistema de
Verificación de Datos de Residencia para que los datos de empadronamiento sean
recabados de oficio por parte de la Subdirección General de Gestión Sanitaria del
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

En....., a..... de de.....

Fdo.: