



FE DE VIDA. DECLARACIÓN DE EXISTENCIA⁽¹⁾

MOD:D3

PAHUEA

D./D^a DNI/NIF.....
(Nombre) (Apellidos)

En calidad de ⁽²⁾:

Con Grado /Cargo/Especialidad (nº Colegiado/a)

Con domicilio en ⁽³⁾ y Teléfono

CERTIFICA: Que el/la Huérfano/a beneficiario/a:

1er Apellido: **2º Apellido:** **Nombre:**

Edad: años **DNI/NIF:**

ha comparecido ante él/ella para dar fe de su existencia el día de De 20.....

En....., a, de De 20.....

(Firma de quién certifica)

- (1) El documento deberá ser cumplimentado a máquina o con letras mayúsculas, sin enmiendas ni tachaduras.
- (2) Delegado del PAHUEA, Delegado/Subdelegado de Defensa; Profesional Médico.
- (3) Localidad/Provincia

Con arreglo a la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos, se le informa que los datos consignados en el presente modelo serán incorporados al Fichero propiedad del Patronato de Huérfanos del EA., los cuales podrán ser cedidos a la Agencia Tributaria, entidades bancarias así como a Instituciones Benéficas de carácter social. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los citados datos, en los términos previstos en la citada ley, ante el General Director del Patronato de Huérfanos del EA. La aceptación de esta política de protección de datos es condición indispensable para la gestión de cuotas y ayudas de beneficiarios.

- Acepto Si No