

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 Económica y
Recursos Humanos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

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

Fdo.: