

se elaborarán conjuntamente las medidas a las que deberá ajustarse la reestructuración industrial y comercial de las panaderías, a la vista de las propuestas detalladas y concretas que formulen las correspondientes Agrupaciones nacionales o provinciales.

Dadas las especiales peculiaridades que concurren en las industrias y despachos de pan en las diferentes provincias y que, como consecuencia, los planes de reestructuración ofrecen modalidades distintas que, contempladas a nivel nacional, pudieran resultar en algunos casos poco adecuadas, se ha estimado conveniente, continuando en la misma línea de descentralización que inspiraba el referido Decreto, encomendar a órganos provinciales el estudio previo y la propuesta de los planes de reestructuración que el sector interesado pueda plantear.

En atención a la complejidad que pueda representar para algunas Agrupaciones Provinciales en su deseo de acogerse a la reestructuración, la limitación del plazo establecido en el Decreto quinientos cuarenta y dos/mil novecientos setenta y seis, se estima conveniente otorgar un nuevo plazo para que se puedan presentar propuestas concretas y detalladas en la forma establecida en el referido Decreto.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Industria y Comercio y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día trece de enero de mil novecientos setenta y siete,

#### DISPONGO:

Artículo primero.—Uno. Los titulares de las industrias de panadería y los despachos de pan, que como consecuencia de lo establecido en la disposición final segunda del Decreto quinientos cuarenta y dos/mil novecientos setenta y seis, de cinco de marzo, consideren conveniente la transformación de su establecimiento para obtener una mayor productividad en orden a la reestructuración industrial y comercial, deberán solicitarlo a las correspondientes Agrupaciones Provinciales.

Dos. Estas solicitudes deberán presentar, al menos, el noventa por ciento de las industrias de pan o comercios de la provincia y deberán ser individuales y por escrito. Sin esta condición las Agrupaciones Provinciales de panadería y expendedores de pan no podrán presentar las propuestas a que se hace referencia en el artículo siguiente.

Artículo segundo.—Las Agrupaciones Provinciales de panadería y expendedores de pan elaborarán propuestas detalladas y concretas, con inclusión de la estructura de las industrias y comercios, tanto en capacidad de producción, maquinaria instalada, personal y número de panaderías y despachos, que elevarán a la Comisión a que se hace referencia en el artículo siguiente, así como las peticiones individualizadas a que se hace referencia en el artículo primero, párrafo segundo.

Artículo tercero.—A nivel provincial se constituirá la «Comisión Provincial del Plan de Reestructuración de la Industria y Comercio de Pan», bajo la presidencia del Gobernador civil e integrada por los Delegados provinciales de Hacienda, Industria, Trabajo y Comercio, así como de los representantes de las Agrupaciones Provinciales de panadería y expendedores de pan. Será Secretario de esta Comisión el Secretario general Técnico de la Delegación Provincial correspondiente de la Comisaría General de Abastecimientos y Transportes.

Artículo cuarto.—La Comisión Provincial del Plan de Reestructuración de la Industria y Comercio del Pan, cuando lo estime conveniente, podrá designar los Grupos de Trabajo o Comisiones que, dentro del ámbito provincial, sea aconsejable para contar con mayor información que le permita el mejor estudio de los distintos aspectos considerados por los Planes de Reestructuración que se le sometan, con participación de cuantos sectores se consideren afectados.

Artículo quinto.—La Comisión Provincial analizará los Planes de Reestructuración de la Industria y Comercio del Pan que les presenten, al objeto de conseguir su adecuación a los principios y especificaciones de libre instalación industrial, circulación interurbana e interprovincial y libertad de comercialización que para el normal desarrollo de la libre competencia industrial y comercial establece el Decreto quinientos cuarenta y dos/mil novecientos setenta y seis, de cinco de marzo.

Artículo sexto.—Las Comisiones Provinciales del Plan de Reestructuración de la Industria y Comercio del Pan, una vez que hayan dado cumplimiento a lo establecido en el artículo quinto, redactarán una propuesta conjunta a los Ministerios de Industria y Comercio, quienes podrán solicitar a las Comisiones Provinciales los datos y aclaraciones que consideren necesarios para, a su vista, desestimar o promulgar la disposición que se considere oportuna, previo informe de los Ministerios de Hacienda y Trabajo.

Artículo séptimo.—En ningún caso, los Planes de Reestructuración, cuyos costos serán siempre a cargo del sector, podrán servir para justificar elevaciones en los precios resultantes de elaboración y venta por kilo de pan al público, y su finalidad será conseguir una mayor productividad y, como consecuencia, una disminución de costes.

Artículo octavo.—Las Agrupaciones Provinciales podrán presentar sus propuestas detalladas y concretas para acogerse a las medidas de reestructuración industrial y comercial, hasta el treinta y uno de diciembre de mil novecientos setenta y siete.

Artículo noveno.—Por los Ministerios de la Gobernación, Hacienda, Trabajo, Industria y Comercio, en el ámbito de sus respectivas competencias, se dictarán las disposiciones necesarias para el desarrollo del presente Real Decreto.

Artículo décimo.—El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Disposición derogatoria.—Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo establecido en el presente Real Decreto.

Dado en Madrid a trece de enero de mil novecientos setenta y siete.

JUAN CARLOS

El Ministro de la Presidencia del Gobierno,  
ALFONSO OSORIO GARCIA

**3083.**

*CORRECCION de errores de la Orden de 14 de enero de 1977 por la que se dictan normas provisionales para la puesta en funcionamiento del Instituto Social de las Fuerzas Armadas.*

Advertidos errores y omisiones en el texto de la citada Orden, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» número 13, de fecha 15 de enero de 1977, se transcriben a continuación las oportunas rectificaciones:

En el artículo 8.º, párrafo quinto, donde dice: «... y de los Servicios de Información Militar.», debe decir: «... y de los Servicios de Informática Militar.».

En el artículo 11, donde dice: «... se acreditará mediante el documento de afiliado, que se redactará ...», debe decir: «... se acreditará mediante el documento de afiliación, que se redactará ...».

A continuación de la Orden deben figurar los modelos que seguidamente se publican y que por error fueron omitidos.



**DECLARACION PARA AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL  
PRESIDENCIA DEL GOBIERNO  
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISFAS)**

MINISTERIO (1).....

CLAVE

REGION, ZONA O CIRCUNSCRIPCION (2).....

(3)  
PAGADURIA  
O  
HABILITACION

DE.....

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

CLAVE (La que tenga asignada en su Ministerio).....

RELLENE ESTE IMPRESO CON LETRAS MAYUSCULAS TIPO IMPRENTA

DATOS DEL ASEGURADO (Titular, Viudo/a o Huérfano)

<b>1</b>	PRIMER APELLIDO (4)	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

DIRECCION: CALLE/PLAZA Y NUMERO	LOCALIDAD	D. P. AL	PROVINCIA

N.º DEL D. N. I.	FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	SEXO (5) Varón <input type="checkbox"/> V Mujer <input type="checkbox"/> M	FECHA INGRESO EN LAS F. A. S. DIA MES AÑO	TELEFONO

ESTADO CIVIL (Señalar con X) (5) Soltero <input type="checkbox"/> S Casado <input type="checkbox"/> C Viudo <input type="checkbox"/> V Separado <input type="checkbox"/> D	N.º TRIENIOS: DE OFICIAL DE SUBOFICIAL	TOTAL PTAS.	SUELDO O HABER PASIVO, INTEGROS

<b>EMPLEO O ASIMILACION (Señalar con X) (6)</b>							
Tte. General <input type="checkbox"/> A	Gral. División <input type="checkbox"/> B	Gral. Brigada <input type="checkbox"/> C	Coronel <input type="checkbox"/> D	Tte. Coronel <input type="checkbox"/> E	Comandante <input type="checkbox"/> F	Capitán <input type="checkbox"/> G	
Teniente y Alférez <input type="checkbox"/> H	Subteniente <input type="checkbox"/> I	Brigada <input type="checkbox"/> J	Sargento <input type="checkbox"/> K	Cabo Profesional <input type="checkbox"/> L	Tropa <input type="checkbox"/> M	F. Civil <input type="checkbox"/> N	

<b>SITUACION DEL TITULAR (Señalar con X) (5)</b>							
DESTINADO..... <input type="checkbox"/> A	REEMPLAZO HERIDO..... <input type="checkbox"/> H	AGRUP. TEMPORAL MILITAR..... <input type="checkbox"/> K					
DISPONIBLE..... <input type="checkbox"/> B	RESERVA LEY 53..... <input type="checkbox"/> I	ACÓGIDO OTRAS LEYES RETIRO..... <input type="checkbox"/> L					
DESTINO CARACTER MILITAR..... <input type="checkbox"/> C	SERV. CIVILES LEY 58..... <input type="checkbox"/> J	OTRAS SITUACIONES..... <input type="checkbox"/> M					
DESTINO INTERES MILITAR..... <input type="checkbox"/> D							
CARGO CIVIL..... <input type="checkbox"/> E	RETIRADO..... <input type="checkbox"/> M	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO					
SUPERNUMERARIO..... <input type="checkbox"/> F							
REEMPLAZO ENFERMO..... <input type="checkbox"/> G	FUNCIONARIO C. JUBILADO..... <input type="checkbox"/> P	FECHA JUBILACION DIA MES AÑO					

<b>ARMA O CUERPO A QUE PERTENECE (Señalar con X) (7)</b>							
INFANTERIA..... <input type="checkbox"/> A	ING. ARM Y CONST. .... <input type="checkbox"/> E	FARMACIA..... <input type="checkbox"/> I	CUERPO GENERAL ARMADA..... <input type="checkbox"/> M	ARMA AVIACION..... <input type="checkbox"/> S			
CABALLERIA..... <input type="checkbox"/> B	JURIDICO..... <input type="checkbox"/> F	VETERINARIA..... <input type="checkbox"/> J	CUERPO INGENIEROS ARMADA..... <input type="checkbox"/> N	INGENIEROS AERO NAUTICOS..... <input type="checkbox"/> T			
ARTILLERIA..... <input type="checkbox"/> C	INTENDENCIA..... <input type="checkbox"/> G	ECLESIASTICO..... <input type="checkbox"/> K	INFANTERIA DE MARINA..... <input type="checkbox"/> P	GUARDIA CIVIL Y P. ARMADA..... <input type="checkbox"/> U			
INGENIEROS..... <input type="checkbox"/> D	INTERVENCION..... <input type="checkbox"/> H	OFICINAS..... <input type="checkbox"/> L	CUERPO MAQUINAS ARMADA..... <input type="checkbox"/> R	OTROS..... <input type="checkbox"/> V			
SANIDAD..... <input type="checkbox"/> Z	N.º DE COLEGIADO (7) ESPECIALIDAD		A. T. S..... <input type="checkbox"/> Y	N.º DE COLEGIADO			

<b>CONTESTE SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (Señalar con X) (8)</b>					
¿Realiza otro trabajo remunerado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está acogido a otro régimen de la Seguridad Social?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¿Es Pensionista?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<b>2</b>	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO	SEXO Varón <input type="checkbox"/> V Mujer <input type="checkbox"/> M	¿Está acogido a otro régimen de la Seguridad Social? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA FALLECIMIENTO DIA MES AÑO
---------------------------------	---	--	------------------------------------

MOD. 4.01

**ESCRIBA EN ESTOS APARTADOS CON LETRAS MAYUSCULAS**  
**DATOS DE LOS DEMAS FAMILIARES A CARGO DEL ASEGURADO (9)**

N.º	PAREN- TESCO (10)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			MARCAR CON X LO QUE CORRESPONDA				
					DIA	MES	AÑO	SEXO		OTRO REG. SEG. SOCIAL	PENSIONISTA	SUBNORMAL
								VARON	MUJER			
3								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(10) CLAVE DE PARENTESCO:**  
 HIJOS..... HJ  
 PADRES..... P  
 PADRES POLITICOS..... PP  
 HERMANOS..... HR  
 ABUELOS..... AB

**TITULO DE FAMILIA NUMEROSA**  
 N.º..... CAT.....  
 EXPEDIDO FECHA..... / /  
 RENOVADO FECHA..... / /

**QUEDO CON COPIA DE LOS DATOS CONSIGNADOS,  
 DE CUYA VERACIDAD ME HAGO RESPONSABLE.**  
 EN..... A..... DE..... DE 19.....  
 (FIRMA DEL INTERESADO)

RECIBIDA COPIA DE ESTA DECLARACION

EN ..... a ..... de .....

El .....

**NORMAS PARA CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO**

Este impreso es para ser relleno por el personal comprendido en los puntos 1 y 2 del artículo 3.º de la Ley 28/1975 y por los beneficiarios familiares derechohabientes supervivientes a los que se refieren los artículos 12, 26 y 27 de la citada Ley.

Si está en alguno de estos casos, por favor, procure diligenciar bien y completo este impreso, leyendo detenidamente las instrucciones y notas aclaratorias, gracias.

**INSTRUCCIONES GENERALES**

Este impreso consta de dos ejemplares, en papel autocopiativo. Por lo tanto quedará inutilizado si se mantiene doblado mientras se cumplimenta o si se efectúa alguna anotación en papeles colocados sobre el mismo. Los recuadros en rojo no se tendrán en consideración; son para permitir el tratamiento, por ordenador, de estas declaraciones.

**INSTRUCCIONES PARTICULARES**

Las siguientes normas hacen referencia a los números que entre paréntesis se encuentran distribuidos en el impreso.

- (1) Se pondrá el Ministerio que corresponda, Dirección General de la Guardia Civil o Inspección General de la Policía Armada.
- (2) Además del nombre (o número) de la Región, Zona o Circunscripción debe poner a la derecha, en el lugar para ello, la clave, con arreglo al siguiente detalle:

CLAVE		CLAVE		CLAVE	
<b>Ministerio del Ejército</b>		<b>Ministerio de Marina</b>		<b>Guardia Civil (continuación)</b>	
Primera Región Militar . . . . .	01	Jurisdicción Central . . . . .	21	Cuarta Zona . . . . .	44
Segunda Región Militar . . . . .	02	Zona Marítima del Cantábrico . . . . .	22	Quinta Zona . . . . .	45
Tercera Región Militar . . . . .	03	Zona Marítima del Estrecho . . . . .	23	Sexta Zona . . . . .	46
Cuarta Región Militar . . . . .	04	Zona Marítima del Mediterráneo . . . . .	24	<b>Policía Armada</b>	
Quinta Región Militar . . . . .	05	Zona Marítima de Canarias . . . . .	25	Primera Circunscripción . . . . .	51
Sexta Región Militar . . . . .	06	<b>Ministerio del Aire</b>		Segunda Circunscripción . . . . .	52
Séptima Región Militar . . . . .	07	Primera Región Aérea . . . . .	31	Tercera Circunscripción . . . . .	53
Octava Región Militar . . . . .	08	Segunda Región Aérea . . . . .	32	Cuarta Circunscripción . . . . .	54
Novena Región Militar . . . . .	09	Tercera Región Aérea . . . . .	33	Quinta Circunscripción . . . . .	55
Capitanía General de Baleares . . . . .	10	Zona Aérea de Canarias . . . . .	34	Sexta Circunscripción . . . . .	56
Capitanía General de Canarias . . . . .	11	<b>Guardia Civil</b>		Séptima Circunscripción . . . . .	57
Ejército del Norte de África . . . . .	12	Primera Zona . . . . .	41	Octava Circunscripción . . . . .	58
		Segunda Zona . . . . .	42	Novena Circunscripción . . . . .	59
		Tercera Zona . . . . .	43	Bandera de Canarias . . . . .	60

- (3) Si sabe algún dato de la Pagaduría por donde cobra sus haberes hágalo constar.
- (4) El nombre y apellidos y demás epígrafes deben escribirse en mayúsculas y cuando hay recuadros o rectángulos colocar una letra o número en cada uno.
- (5) Cuando hay que marcar con una X se pondrá ésta en el rectángulo que figura en blanco, del apartado que corresponda. Igualmente se pondrá X en el rectángulo que convenga si se pregunta SI o NO.
- (6) Los alumnos de las Academias se incluirán en el apartado H, que se refiere a Teniente y a Alférez.  
— En el apartado L, Cabo Profesional, se consignarán los cabos primeros y cabos segundos profesionales, enganchados y reenganchados.  
— En el apartado M, referente a Tropa, se consignarán los profesionales de cualquier Ejército, Guardia Civil o Policía Armada, como son por ejemplo: Regimiento de la Guardia, Multitud de Guerra, etc.
- (7) En Arma o Cuerpo se señalará aquel que corresponda sin tener en cuenta a qué Ejército se pertenece. Por ejemplo: Intendencia puede señalar uno de este cuerpo de cualquiera de los Ejércitos. Si no figura su Cuerpo debe indicarse en "Otros".

En la situación del titular el concepto **Destinado** significa para Marina "de plantilla"  
Es importante que en Sanidad, Médicos y A. T. S. no dejen de consignar su número de colegiado y especialidad.  
Las claves de especialidad o modalidad, que deberán consignarse en las casillas al efecto, por los médicos, serán:

CLAVE		CLAVE		CLAVE	
<b>Modalidades</b>		<b>Especialidades:</b>		<b>Especialidades:</b>	
Medicina General . . . . .	A	Urología . . . . .	I	Neuro-Psiquiatría . . . . .	R
Pediatría-Puericultura . . . . .	B	Tocología . . . . .	J	Pediatría-Puericultura . . . . .	S
Medicina de urgencia . . . . .	C	Ginecología . . . . .	K	Análisis Clínicos . . . . .	T
<b>Especialidades:</b>		Odontología . . . . .	L	Anatomía Patológica . . . . .	U
Cirugía General . . . . .	D	Aparatos Circulatorio y Respiratorio . . . . .	M	Radioelectrología . . . . .	V
Cirugía Especializada . . . . .	E	Aparato Digestivo . . . . .	N	Ematología . . . . .	X
Traumatología y Ortopedia . . . . .	F	Dermato-Venerología . . . . .	P	Anestesia-Reanimación . . . . .	Y
Otorrinaringología . . . . .	G	Endocrinología . . . . .	Q	Rehabilitación . . . . .	Z
Oftalmología . . . . .	H				

- (8) Teniendo en cuenta los fines sociales perseguidos por este Instituto se insiste en la necesidad de rellenar correctamente este dato.
- (8) El primero que se beneficia de los servicios de la Seguridad Social es el propio asegurado, figura con el número 1. El cónyuge con el 2, siguiendo a continuación, con los números 3, 4, 5, etc. los demás familiares que, dependiendo económicamente del asegurado, deben incluirse según el artículo 17 de la Ley 28/1975, que podrán ser los siguientes:
  - a) Hijos legítimos, legitimados, naturales reconocidos, adoptivos o ilegítimos menores de 21 años, o sin tal límite de edad, cuando se trata de incapacitados permanentes para cualquier trabajo.
  - b) Hermanos menores de dieciocho años, y los mayores de esta edad, que padecan una incapacidad permanente y absoluta, que los inhabilite por completo para toda profesión u oficio.
  - c) Ascendientes legítimos, naturales o por adopción, tanto del asegurado como de su cónyuge y de los cónyuges de tales ascendientes por ulteriores nupcias.



**DECLARACION PARA AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL  
PRESIDENCIA DEL GOBIERNO  
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISFAS)**

MINISTERIO (1) .....

CLAVE  
|  
|

REGION, ZONA O CIRCUNSCRIPCION (2) .....

(3)  
PAGADURIA  
O  
HABILITACION

DE .....  
LOCALIDAD ..... PROVINCIA .....  
CLAVE (La que tenga asignada en su Ministerio) .....

RELLENE ESTE IMPRESO CON LETRAS MAYUSCULAS TIPO IMPRENTA

DATOS DEL ASEGURADO. (Titular, Viudo/a o Huérfano)

**1**

PRIMER APELLIDO (4)	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

DIRECCION: CALLE/PLAZA Y NUMERO	LOCALIDAD	D. P. O. A.	PROVINCIA

N.º DEL D. N. I.	FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	SEXO (5) Varón <input type="checkbox"/> V Mujer <input type="checkbox"/> M	FECHA INGRESO EN LAS F. A. S. DIA MES AÑO	TELEFONO

ESTADO CIVIL (Señalar con X) (5) Soltero <input type="checkbox"/> S Casado <input type="checkbox"/> C Viudo <input type="checkbox"/> V Separado <input type="checkbox"/> D	N.º TRIENIOS: DE OFICIAL DE SUBOFICIAL TOTAL PTAS.	SUELDO O HABER PASIVO INTEGROS

**EMPLEO O ASIMILACION (Señalar con X) (6)**

Tte. General <input type="checkbox"/> A	Gral. División <input type="checkbox"/> B	Gral. Brigada <input type="checkbox"/> C	Coronel <input type="checkbox"/> D	Tte. Coronel <input type="checkbox"/> E	Comandante <input type="checkbox"/> F	Capitán <input type="checkbox"/> G
Teniente y Alférez <input type="checkbox"/> H	Subteniente <input type="checkbox"/> I	Brigada <input type="checkbox"/> J	Sargento <input type="checkbox"/> K	Cabo Profesional <input type="checkbox"/> L	Tropa <input type="checkbox"/> M	F. Civil <input type="checkbox"/> N

**SITUACION DEL TITULAR (Señalar con X) (5)**

DESTINADO..... <input type="checkbox"/> A	REEMPLAZO HERIDO..... <input type="checkbox"/> H	AGRUP. TEMPORAL MILITAR..... <input type="checkbox"/> K
DISPONIBLE..... <input type="checkbox"/> B	RESERVA LEY 53..... <input type="checkbox"/> I	ACOGIDO OTRAS LEYES RETIRO..... <input type="checkbox"/> L
DESTINO CARACTER MILITAR..... <input type="checkbox"/> C	SERV. CIVILES LEY 58..... <input type="checkbox"/> J	OTRAS SITUACIONES..... <input type="checkbox"/> M
DESTINO INTERES MILITAR..... <input type="checkbox"/> D	RETIRADO..... <input type="checkbox"/> M	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO CIVIL..... <input type="checkbox"/> E	FUNCIONARIO C. JUBILADO..... <input type="checkbox"/> P	FECHA JUBILACION DIA MES AÑO
SUPERNUMERARIO..... <input type="checkbox"/> F		
REEMPLAZO ENFERMO..... <input type="checkbox"/> G		

**ARMA O CUERPO A QUE PERTENECE (Señalar con X) (7)**

INFANTERIA..... <input type="checkbox"/> A	ING. ARM. Y CONST..... <input type="checkbox"/> E	FARMACIA..... <input type="checkbox"/> I	CUERPO GENERAL ARMADA..... <input type="checkbox"/> M	ARMA AVIACION..... <input type="checkbox"/> S
CABALLERIA..... <input type="checkbox"/> B	JURIDICO..... <input type="checkbox"/> F	VETERINARIA..... <input type="checkbox"/> J	CUERPO INGENIEROS ARMADA..... <input type="checkbox"/> N	INGENIEROS AERO NAUTICOS..... <input type="checkbox"/> T
ARTILLERIA..... <input type="checkbox"/> C	INTENDENCIA..... <input type="checkbox"/> G	ECLESIASTICO..... <input type="checkbox"/> K	INFANTERIA DE MARINA..... <input type="checkbox"/> P	GUARDIA CIVIL Y P. ARMADA..... <input type="checkbox"/> U
INGENIEROS..... <input type="checkbox"/> D	INTERVENCION..... <input type="checkbox"/> H	OFICINAS..... <input type="checkbox"/> L	CUERPO MAQUINAS ARMADA..... <input type="checkbox"/> R	OTROS..... <input type="checkbox"/> V
SANIDAD..... <input type="checkbox"/> Z	N.º DE COLEGIADO (7) ESPECIALIDAD	A. T. S..... <input type="checkbox"/> Y	N.º DE COLEGIADO	

**CONTESTE SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (Señalar con X) (8)**

¿Realiza otro trabajo remunerado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está acogido a otro régimen de la Seguridad Social?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Es Pensionista?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------	------------------	-----------------------------	-----------------------------

**2**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO	SEXO Varón <input type="checkbox"/> V Mujer <input type="checkbox"/> M	¿Está acogido a otro régimen de la Seguridad Social? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA FALLECIMIENTO DIA MES AÑO

**ESCRIBA EN ESTOS APARTADOS CON LETRAS MAYUSCULAS**  
**DATOS DE LOS DEMAS FAMILIARES A CARGO DEL ASEGURADO (9)**

N.º	PAREN TESCO (10)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			MARCAR CON X LO QUE CORRESPONDA				
					DIA	MES	AÑO	SEXO		OTRO REG. SEG. SOCIAL	PENSIONISTA	SUBNORMAL
								VARON	MUJER			
3								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (10) CLAVE DE PARENTESCO:**
- HIJOS..... HJ
  - PADRES..... P
  - PADRES POLITICOS..... PP
  - HERMANOS..... HR
  - ABUELOS..... AB

**TITULO DE FAMILIA NUMEROSA**

N.º..... CAT.....

EXPEDIDO FECHA..... / /

RENOVADO FECHA..... / /

**QUEDO CON COPIA DE LOS DATOS CONSIGNADOS,  
DE CUYA VERACIDAD ME HAGO RESPONSABLE.**

EN..... A..... DE..... DE 19.....

(FIRMA DEL INTERESADO)

COMPROBADAS, LAS CIRCUNSTANCIAS DE INCLUSION DEL DECLARANTE EN LA SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, Y CONFORME SE PROCEDE A LA FORMALIZACION DE LA INCORPORACION.

EN \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_

(SELLO)



**NORMAS PARA CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO**

Este impreso es para ser rellenado por el personal comprendido en los puntos 1 y 2 del artículo 3.º de la Ley 28/1975 y por los beneficiarios familiares derechohabientes supérstites a los que se refieren los artículos 12, 26 y 27 de la citada Ley.

Si está en alguno de estos casos, por favor, procure diligenciar bien y completo este impreso, leyendo detenidamente las instrucciones y notas aclaratorias, gracias.

**INSTRUCCIONES GENERALES**

Este impreso consta de dos ejemplares, en papel autocopiativo. Por lo tanto quedará inutilizado si se mantiene doblado mientras se cumplimenta o si se efectúa alguna anotación en papeles colocados sobre el mismo. Los recuadros en rojo no se tendrán en consideración; son para permitir el tratamiento por ordenador, de estas declaraciones.

**INSTRUCCIONES PARTICULARES**

Las siguientes normas hacen referencia a los números que entre paréntesis se encuentran distribuidos en el impreso.

- (1) Se pondrá el Ministerio que corresponda, Dirección General de la Guardia Civil o Inspección General de la Policía Armada.
- (2) Además del nombre (o número) de la Región, Zona o Circunscripción debe poner a la derecha, en el lugar para ello, la clave, con arreglo al siguiente detalle:

CLAVE	CLAVE	CLAVE
<b>Ministerio del Ejército</b>	<b>Ministerio de Marina</b>	<b>Guardia Civil (continuación)</b>
Primera Región Militar . . . . . 01	Jurisdicción Central . . . . . 21	Cuarta Zona . . . . . 44
Segunda Región Militar . . . . . 02	Zona Marítima del Cantábrico . . . . . 22	Quinta Zona . . . . . 45
Tercera Región Militar . . . . . 03	Zona Marítima del Estrecho . . . . . 23	Sexta Zona . . . . . 46
Cuarta Región Militar . . . . . 04	Zona Marítima del Mediterráneo . . . . . 24	<b>Policia Armada</b>
Quinta Región Militar . . . . . 05	Zona Marítima de Canarias . . . . . 25	Primera Circunscripción . . . . . 51
Sexta Región Militar . . . . . 06	<b>Ministerio del Aire</b>	Segunda Circunscripción . . . . . 52
Séptima Región Militar . . . . . 07	Primera Región Aérea . . . . . 31	Tercera Circunscripción . . . . . 53
Octava Región Militar . . . . . 08	Segunda Región Aérea . . . . . 32	Cuarta Circunscripción . . . . . 54
Novena Región Militar . . . . . 09	Tercera Región Aérea . . . . . 33	Quinta Circunscripción . . . . . 55
Capitanía General de Baleares . . . . . 10	Zona Aérea de Canarias . . . . . 34	Sexta Circunscripción . . . . . 56
Capitanía General de Canarias . . . . . 11	<b>Guardia Civil</b>	Séptima Circunscripción . . . . . 57
Ejército del Norte de África . . . . . 12	Primera Zona . . . . . 41	Octava Circunscripción . . . . . 58
	Segunda Zona . . . . . 42	Novena Circunscripción . . . . . 59
	Tercera Zona . . . . . 43	Bandera de Canarias . . . . . 60

- (3) Si sabe algún dato de la Pagaduría por donde cobra sus haberes hágalo constar.
- (4) El nombre y apellidos y demás epígrafes deben escribirse en mayúsculas y cuando hay recuadros o rectángulos colocar una letra o número en cada uno.
- (5) Cuando hay que marcar con una X se pondrá ésta en el rectángulo que figura en blanco, del apartado que corresponda. Igualmente se pondrá X en el rectángulo que convenga si se pregunta SI o NO.
- (6) Los alumnos de las Academias se incluirán en el apartado H, que se refiere a Teniente y a Alférez.
  - En el apartado L, Cabo Profesional, se consignarán los cabos primeros y cabos segundos profesionales, enganchedos y reenganchedos.
  - En el apartado M, referente a Troya, se consignarán los profesionales de cualquier Ejército, Guardia Civil o Policía Armada, como son por ejemplo: Regimiento de la Guardia, Multiridos de Guerra, etc.
- (7) En Arma o Cuerpo se señalará aquél que corresponda sin tener en cuenta a qué Ejército se pertenece. Por ejemplo: Intendencia puede señalarse uno de este cuerpo de cualquiera de los Ejércitos. Si no figura su Cuerpo debe indicarse en "Otros".

En la situación del titular el concepto Destinado significa para Marina "de plantilla".  
 Es importante que en Sanidad, Médicos y A. T. S. no dejen de consignar su número de colegiado y especialidad.  
 Las claves de especialidad o modalidad, que deberán consignarse en las casillas al efecto, por los médicos, serán:

CLAVE	CLAVE	CLAVE
<b>Modalidades</b>	<b>Especialidades:</b>	<b>Especialidades:</b>
Medicina General . . . . . A	Urología . . . . . I	Neuro-Psiquiatría . . . . . R
Pediatría-Puericultura . . . . . B	Tocología . . . . . J	Pediatría-Puericultura . . . . . S
Medicina de urgencia . . . . . C	Ginecología . . . . . K	Andisis Clínicos . . . . . T
<b>Especialidades:</b>	Odontología . . . . . L	Anatomía Patológica . . . . . U
Cirugía General . . . . . D	Aparatos Circulatorio y Respiratorio . . . . . M	Radioelectrología . . . . . V
Cirugía Especializada . . . . . E	Aparato Digestivo . . . . . N	Ematología . . . . . X
Traumatología y Ortopedia . . . . . F	Dermato-Venerología . . . . . P	Anestesia-Reanimación . . . . . Y
Otorrinolaringología . . . . . G	Endocrinología . . . . . Q	Rehabilitación . . . . . Z
Oftalmología . . . . . H		

- (8) Teniendo en cuenta los fines sociales perseguidos por este Instituto se insiste en la necesidad de rellenar correctamente este dato.
- (9) El primero que se beneficia de los servicios de la Seguridad Social es el propio asegurado, figura con el número 1. El cónyuge con el 2, siguiendo a continuación, con los números 3, 4, 5, etc. los demás familiares que, dependiendo económicamente del asegurado, deban incluirse según el artículo 17 de la Ley 28/1975, que podrán ser los siguientes:
  - a) Hijos legítimos, legitimados, naturales reconocidos, adoptivos o ilegítimos menores de 21 años, o sin tal límite de edad, cuando se trata de incapacitados permanentes para cualquier trabajo.
  - b) Hermanos menores de dieciocho años, y los mayores de esta edad que padezcan una incapacidad permanente y absoluta que los inhabilite por completo para toda profesión u oficio.
  - c) Ascendientes legítimos, naturales o por adopción, tanto del asegurado como de su cónyuge y de los cónyuges de tales ascendientes por ulteriores nupcias.

MINISTERIO DE .....

JEFATURA DE PERSONAL

ASUNTO: Seguridad Social. BAJA

En virtud de lo dispuesto en el Reglamento de la Seguridad Social en las FAS, comunico a ..... la siguiente baja:)

- D. ....
- Empleo y Arma .....
- Número de afiliación .....
- Domicilio .....
- Localidad .....
- Provincia .....
- Motivos de la baja .....
- Fecha de efecto de la baja .....
- .....

Dios guarde a ..... muchos años.

..... a ..... de ..... de .....



# DECLARACION DE VARIACIONES

N.º DE AFILIACION

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ME HAGO RESPONSABLE DE LO QUE DÉCLARO A CONTINUACION EL ASEGURADO,

COMPROBADO Y CONFORME

Sello

EL DELEGADO

EN \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 19 \_\_\_\_\_ FECHA

DATOS ACTUALES DEL TITULAR	1	PRIMER APELLIDO (Rellenar con Mayúsculas)	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		
	2	EMPLEO CLAVE (1) <input type="checkbox"/>	SITUACION DEL ASEGURADO CLAVE (2) <input type="checkbox"/>	FECHA DE EFECTO DIA MES AÑO	ARMA O CUERPO CLAVE (3) <input type="checkbox"/>	
	3	ESTADO CIVIL (Marcar con X) SOLTERO <input type="checkbox"/> S CASADO <input type="checkbox"/> C VIUDO <input type="checkbox"/> V SEPARADO <input type="checkbox"/> D			N.º TRIENIOS: DE OFICIAL DE SUBOFICIAL	TOTAL PTAS. TELEFONO
	4	DIRECCION: Calle, Plaza y Número		LOCALIDAD	D. POSTAL	PROVINCIA

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS	5	BAJAS (Rellenar con Mayúsculas)			FECHA NACIMIENTO		MARCAR CON X				
	6	N.º DE ORDEN	PAREN- TESCO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DIA	MES	AÑO	SEXO VARON MUJER	OTRO REG. SS.
7	ALTAS (Rellenar con Mayúsculas)			FECHA NACIMIENTO		MARCAR CON X					
8	N.º DE ORDEN	PAREN- TESCO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DIA	MES	AÑO	SEXO VARON MUJER	OTRO REG. SS.	SUB-NORMAL

MOD. 4.04

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE MODELO

Debe hacerse uso de la declaración de variaciones, siempre que haya alguna modificación en la situación del asegurado o en la de sus beneficiarios.

1) Escriba el empleo actual poniendo en el cuadrado la letra que corresponda, según la siguiente clave:

Teniente General	A	Comandante	F	Sargento	K
General de División	B	Capitán	G	Cabo Profesional	L
General de Brigada	C	Teniente y Alférez	H	Tropa	M
Coronel	D	Subteniente	I	Funcionario Civil	N
Teniente Coronel	E	Brigada	J		

2) Escriba su situación poniendo la letra según la clave siguiente:

Destinado (o plantilla)	A	Supernumerario	F	Agrupación Temporal Militar	K
Disponibile	B	Reemplazo por enfermo	G	Acogido otras leyes retiro	L
Destino carácter militar	C	Reemplazo por herido	H	Otras situaciones	M
Destino interés militar	D	Reserva Ley 53	I	Retirado	N
Cargo Civil	E	Servicios civiles, Ley 58	J	Funcionario jubilado	P

3) Proceda igual que en las llamadas anteriores. Si es médico o A. T. S. debe consignar el número de colegiado.

Infantería	A	Intervención	H	Cuerpo General de la Armada	M
Caballería	B	Farmacia	I	Cuerpo Ingenieros Armada	N
Artillería	C	Sanidad	Z	Infantería de Marina	P
Ingenieros	D	A. T. S.	Y	Cuerpo de Máquinas	R
Ingeniero Arm. y Const.	E	Veterinaria	J	Arma de Aviación	S
Jurídico	F	Eclesiástico	K	Ingenieros Aeronáuticos	T
Intendencia	G	Oficinas	L	Guardia C. y Policía Armada	U
				Otros	V

4) Proceda igual que en las llamadas anteriores; si es médico, ponga su especialidad según la clave siguiente:

Medicina General	A	Urología	I	Neuro-Psiquiatría	R
Pediatría-Puericultura	B	Tocología	J	Pediatría-Puericultura	S
Medicina de urgencia	C	Ginecología	K	Análisis Clínicos	T
Cirugía General	D	Odontología	L	Anatomía Patológica	U
Cirugía especializada	E	Aparatos Circulatorio y Respiratorio	M	Radioelectrología	V
Traumatología y Ortopedia	F	Aparato Digestivo	N	Hematología	X
Otorrinolaringología	G	Dermato-Venereología	P	Anestesia-Reanimación	Y
Oftalmología	H	Endocrinología	Q	Rehabilitación	Z

Para incluir o dar de baja beneficiarios, además de los hechos naturales de nacimiento o fallecimiento, tendrá en cuenta que los familiares, además de otros requisitos han de depender económicamente del asegurado y no tener derecho, por sí, a estar en otro Régimen de la Seguridad Social, según determina el art. 17 de la Ley 28/1975.

5) Si es preciso por el número de beneficiarios, use otro impreso y únelo a éste.