

Solicitud de Prestación de Educacional - Orfandad menor de 21 años*

(*Se deberá solicitar previamente el ingreso en la Fundación).

Surtirá efecto desde el día del fallecimiento del colegiado (personal de los Colegios o del CGCOM) si se tramita dentro de los 3 meses siguientes.

Datos del colegiado: N° de colegiado: _____ NIF: _____
Nombre y apellidos: _____

Informe a emitir por el Colegio de Médicos de: _____
Situación colegial: Fecha de alta: _____ Fecha de baja: _____
Motivo de la baja: _____

Está al corriente de sus deberes colegiales/socio protector: Si , No (marcar con una X lo que proceda)

Si es moroso, indicar: a) Cuantía de la deuda: _____

b) Si el Colegio le ha reclamado las aportaciones, indicar vía de reclamación: _____

Firmado: el Secretario General,

Datos del padre, madre o tutor del huérfano/a:

Nombre y apellidos: _____
NIF: _____ Teléfono: _____ Otro tel. de contacto: _____
Dirección Postal: _____
CP: _____ Población: _____
E-mail: _____ N° IBAN: _____

Nombre y apellidos del/os huérfano/s beneficiario/s menor/es de 25 años:

**Los mayores de 21 años que se encuentren realizando estudios oficiales, deberán también cumplimentar y enviar el impreso de solicitud de Beca.*

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, y, en particular, en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD), por lo que se le facilita la siguiente información acerca del tratamiento: **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y validez, usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC, de tipo asistencial, educacional y de conciliación de los solicitantes, y/o de los receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted, para enviar información de la fundación que pudiera ser de su interés: invitación a eventos, actividades de la fundación etc. **Base de legitimación:** el consentimiento libre e inequívoco del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio Médicos Provincial al que pertenezca el colegiado, con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados; sus datos serán comunicados a las Administraciones Públicas, para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. Adicionalmente, y para la correcta prestación del servicio, tendrán acceso a sus datos, los asesores jurídicos y contables, así como la empresa informática. **Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. **Criterios de conservación de los datos:** sus datos serán conservados por interés mutuo y hasta que el interesado no solicite la baja de la prestación concreta. Una vez solicitada la baja, se procederá al bloqueo de sus datos y posterior supresión. **Derechos que asisten al Interesado:** A) Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. B) Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. C) Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** Calle Cedaceros 10, 28014, Madrid.dpo@cgcom.es.

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

DOCUMENTACIÓN A APORTAR PARA SOLICITAR LA AYUDA

Documentación a aportar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NIF del huérfano. ▪ NIF del padre/madre o tutor. ▪ Certificado de defunción del médico colegiado socio protector. ▪ Certificado de nacimiento o del Libro de Familia. ▪ Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta corriente por parte de la persona beneficiaria de la ayuda. ▪ Tutoría en firme, si es el caso.
-------------------------	--