

Solicitud de Prestación Educacional - Beca de Estudios Oficiales

Solicitud por el Colegio de Médicos de: _____

Firmado: El Secretario General,

Datos del Beneficiario:

Nombre y apellidos: _____

NIF: _____ Teléfono: _____ Otro tel. de contacto: _____

Dirección: _____

CP: _____ Población: _____

E-mail: _____ N° IBAN: _____

Estudios oficiales en los que está matriculado: _____

Curso: _____ Detalle del curso: _____ Número de créditos matriculados: _____

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

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto.

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

- Fotocopia del resguardo de la matrícula en el que conste el número de créditos.
- Fotocopia del resguardo del abono del seguro escolar obligatorio o justificante del pago de la matrícula
- Expediente académico de las calificaciones del curso anterior, para las solicitudes de segunda, tercera o cuarta beca.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta corriente por parte de la persona beneficiaria.