

## Solicitud de Prestación - Programa PAIME

Surtirá efecto desde el día de inicio del tratamiento en el recurso asignado.

### INGRESO EN UNIDAD HOSPITALARIA

Consejo Autonómico de Colegios Médicos de: \_\_\_\_\_

Colegio Oficial de Médicos de: \_\_\_\_\_

Porcentaje cubierto por Convenio existente entre la Comunidad Autónoma y el Consejo Autonómico de Colegios Médicos/Colegio Oficial de Médicos: \_\_\_\_\_

Clínica homologada de derivación para el ingreso: \_\_\_\_\_

El equipo médico establecido por el Colegio de Médicos que se hará cargo del tratamiento ambulatorio, una vez finalizado el período de internamiento, será: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Situación laboral del médico enfermo al ingreso: \_\_\_\_\_

Se solicita la prestación establecida por la Fundación para la Protección Social de la OMC para el PAIME, a favor del colegiado, con NIF n.º \_\_\_\_\_

Primer Ingreso: Motivos del ingreso:  enfermedad mental.  
 conducta adictiva.

Reingreso: Fecha último ingreso: \_\_\_\_\_  
Causas del reingreso:  enfermedad mental.  
 conducta adictiva.

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

**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](http://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](mailto:dpo@cgcom.es).**

¿Está al corriente en sus deberes colegiales/aportación socio protector?  Si,  No (marcar con una X lo que proceda)

Si es moroso en la aportación como socio protector indicar:

A) Cuantía de las aportaciones pendientes: \_\_\_\_\_

B) Si el Colegio le ha reclamado las aportaciones pendientes y vía de reclamación: \_\_\_\_\_

Firmado: El Secretario General.

### DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Impreso de solicitud cumplimentado.
- Reingresos: informe médico detallado del caso, sin datos personales de identidad del paciente.