

Solicitud Ingreso en el Programa Tratamiento - Conductas Adictivas

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

Datos del colegiado:

Nº 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: Sí , No (marcar lo que proceda)

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

b) Si el Colegio le ha reclamado la deuda vía estatutaria o judicial _____

Firmado: el Secretario General,

Datos del Solicitante (médico):

Nombre y apellidos: _____

NIF: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

_____ CP: _____ Población _____

Teléfono: _____ Otro tfno. de contacto: _____

E-mail: _____

N.º de hijos: _____ Convive con: _____

En caso de incapacidad legal:

Tutor: _____

Dirección: _____

CP: _____ Población: _____ Tfno. fijo: _____ Móvil: _____

El beneficiario:

Nombre: _____ Apellidos: _____

NIF: _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedido el ingreso al Programa de Tratamiento del de conductas adictivas. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resol-verla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto.

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) 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

Solicitud Ingreso en el Programa Tratamiento - Conductas Adictivas

DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN LA SOLICITUD

Médico colegiado socio protector	Hijo de médico colegiado socio protector
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NIF del socio protector. ▪ Libro de familia. ▪ Informe PAIME. ▪ Compromiso de seguimiento. ▪ Certificado del Centro de Ingreso en el que se especifique coste de ingreso/día. ▪ Facturas emitidas mensualmente por el centro terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NIF del socio protector. ▪ Fotocopia del NIF del ingresado-hijo. ▪ Libro de Familia. ▪ Informe valorativo del Centro, ▪ Justificantes de ingresos de la U.F. <ul style="list-style-type: none"> - Declaración de renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la Unidad Familiar obligados a declarar. En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar Certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la Unidad Familiar. - Certificado actual de todas las pensiones públicas, las reciban o no, de la UF. ▪ Certificado del Centro de Ingreso en el que se especifique coste de ingreso/día. ▪ Facturas emitidas mensualmente por el centro terapéutico.