

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD - EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL**Solicitud por el Colegio Oficial de Médicos de:** _____

Firmado, El/La Secretario/a General,

Datos del beneficiario/a:

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

N° IBAN ES _____

Datos de estudios:

Nombre de los estudios matriculados: _____

Fecha de solicitud del título oficial: _____

Importe abonado: _____

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 de los siguientes contenidos 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 y que son remitidas por 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: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. **Base de legitimación:** consentimiento del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. **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 personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. **Derechos que asisten al Interesado:** derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@cgc.com.es.

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

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

Documentación a entregar – Solicitud de alta

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- N.I.F. del huérfano/a.
- Fotocopia del impreso de abono de los gastos de expedición del título, especificando el importe.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Importante: Si cursa estudios en el extranjero, se deberá enviar un certificado en castellano en el que conste: tipo de estudios e importe abonado.