

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO –
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)**

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

Consejo Autonómico de Colegios Oficiales de Médicos: _____

Colegio Oficial de Médicos: _____

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

Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos:

Está al corriente de sus aportaciones como socio protector: SÍ NO (marcar lo que proceda)

Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes: _____

Reclamación de la deuda: Sí. Especificar la reclamación: _____

NO. Motivo: _____

Clínica homologada de derivación para el ingreso: _____

El equipo clínico establecido por el Colegio Oficial de Médicos que se hará cargo del tratamiento ambulatorio, una vez finalizado el periodo de internamiento, será: _____

Situación laboral del médico al ingreso: _____

Primer ingreso: Motivo del ingreso: Enfermedad mental.
 Conducta adictiva.

Reingreso: Fecha último ingreso: _____
Causa del reingreso: Enfermedad mental.
 Conducta adictiva.

Se **solicita** la prestación establecida por la Fundación para el PAIME, a favor del colegiado con N.I.F.: _____

Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el petitionerario 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 la 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@cgcom.es.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- Reingresos:
 - Informe médico detallado del caso, sin datos personales de identidad del paciente.