

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO –
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES***Surtirá efecto desde el día de inicio del tratamiento en el recurso asignado.***Datos del colegiado/a:**

Nº de colegiado/a: _____ N.I.F.: _____

Nombre y apellidos: _____

Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de: _____

Situación colegial como socio protector: Fecha de alta: _____ Fecha de baja: _____ Motivo de la baja: _____

Estar 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: _____

Firmado: El/La Secretario/a General,

Datos del beneficiario/a (socio protector):

Nombre y apellidos: _____

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

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

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

Nº IBAN ES _____

Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):

Nombre y apellidos: _____

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

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

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

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para su hijo/a:**Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:** _____

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

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 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.

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

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO – TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES

Documentación a entregar – Solicitud de alta

Socio Protector:

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- N.I.F. del socio protector.
- Libro de familia.
- Título de familia numerosa o familia monoparental, en caso de tener reconocida la condición.
- Sentencia de tutela, si es el caso. Adjuntar N.I.F. de quien ostente la misma.
- Certificado de ingreso en el centro terapéutico, especificando el coste/día.
- Documento con el compromiso de seguimiento del paciente por parte del psiquiatra del PAIME durante el tratamiento en el centro terapéutico.
- Facturas emitidas por la entidad proveedora del tratamiento, en la que se especifique el tipo de tratamiento, N° de sesiones, e importe de las mismas.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Hijo/a:

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- N.I.F. del socio protector.
- N.I.F. de la persona usuaria de la prestación.
- Libro de familia.
- Título de familia numerosa o familia monoparental del socio protector en caso de tener reconocida la condición.
- Sentencia de tutela, si es el caso. Adjuntar N.I.F. de quien ostente la misma.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UF según el caso:
 - Declaración de renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la UF obligados a declarar. En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del I.R.P.F. de todos los miembros de la UF.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UF.
- Certificado de ingreso en el centro terapéutico, especificando el coste/día.
- Informe médico-social del centro de tratamiento al inicio y al final de tratamiento.
- Justificante de la ayuda recibida a través del seguro escolar (de estar matriculado en estudios oficiales).
- Facturas emitidas por la entidad proveedora del tratamiento, en la que se especifique el tipo de tratamiento, n.º de sesiones, e importe de las mismas.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.