SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL
APOYO FAMILIAR – ESCUELAS O CAMPAMENTOS DE VERANO.

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

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,

CONCILIACIÓN

SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL APOYO FAMILIAR – ESCUELAS O CAMPAMENTOS DE VERANO.

Documentación a entregar – Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- Certificado de la empresa del Socio Protector y del segundo progenitor, si procede, en el que certifiquen que se han encontrado en activo durante el periodo en el que el menor ha asistido al campamento o escuela de verano.
- Programa/folleto informativo del campamento o escuela de verano a la que ha asistido el menor.
- Certificado de la Entidad/Empresa responsable del campamento o escuela de verano que haga constar la asistencia del menor y el periodo de la asistencia.
- Factura emitida por la Entidad/Empresa responsable del campamento o escuela de vacaciones.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo *Composición Unidad Familiar Computable* cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
  - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
  - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.