

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD - MENOR DE 21 AÑOS.

Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.

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 padre/madre o tutor del huérfano/a o hijo/a:

Nombre y apellidos: _____

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

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

Población: _____ Provincia: _____

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

Nombre y apellidos del/os huérfano/s o hijo/s beneficiario/s menor/es de 25 años:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Nº IBAN (huérfano/a o hijo/a) ES _____

Los mayores de 21 años que se encuentren realizando estudios oficiales, deberán también cumplimentar y enviar el impreso de solicitud de beca para estudios oficiales.

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 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 ASISTENCIAL – ORFANDAD - MENOR DE 21 AÑOS.**Documentación a entregar – Solicitud de alta**

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- NIF del progenitor no fallecido.
- NIF del tutor o tutores legales y Sentencia de Tutela (Huérfanos menores de 18 años).
- Libro de familia.
- Certificado de defunción del Socio Protector o Socios Protectores.
- Certificado de defunción del segundo progenitor en caso de que sólo uno de los progenitores fallecidos sea el Socio Protector.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.

DOCUMENTO DE USO INTERNO
FPSOMC – Colegio de Médicos