

SOLICITUD PRESTACIÓN SOCIO PROTECTOR ACOGIDO - EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL.

Solicitud presentada por el Colegio Oficial de Médicos de _____

Datos del Socio/a Protector/a:

Nombre y apellidos _____ NIF _____
Nº de colegiado/a (si procede) _____

Datos de beneficiario/a (hijo/a):

Nombre y apellidos _____ NIF _____
Fecha nacimiento _____ Domicilio _____
Nº _____ Piso _____ Población _____ Provincia _____
C.P. _____ Tfno _____ Tfno (Móvil) _____ E-mail _____
 Domicilio a efectos de notificaciones

Nº IBAN _____

Datos del representante (si procede):

Es usted:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Persona autorizada | <input type="checkbox"/> Tutor |
| <input type="checkbox"/> Tutor Institucional | <input type="checkbox"/> Guardador de hecho |
| <input type="checkbox"/> Guardador de hecho judicial | <input type="checkbox"/> Curador |
| <input type="checkbox"/> Defensor judicial | |

Nombre y apellidos/Razón Social _____
NIF/CIF _____ Fecha nacimiento _____
Domicilio _____
Nº _____ Piso _____ Población _____ Provincia _____
C.P. _____ Tfno _____ Tfno (Móvil) _____ E-mail _____
 Domicilio a efectos de notificaciones

Solicita que, le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios.

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 remitidos por los solicitantes y/o 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 la 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@cacom.es
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

Informe para rellenar por el Colegio Oficial de Médicos

Colegio Oficial de Médicos de:

Datos del colegiado/a:

Nº de colegiado/a _____ NIF _____

Nombre y apellidos _____

Situación colegial como Socio Protector:

Fecha de alta _____ Fecha de baja _____ Motivo baja _____

Al corriente de las aportaciones como Socio Protector Sí No *

*Cuantía de las aportaciones pendientes _____

* Reclamación deuda Sí _____

* Reclamación deuda No _____

Firmado: El/La Secretario/a General.

Documentación a entregar, junto con el impreso de solicitud cumplimentado y firmado.

- DNI/NIE del beneficiario/a de la prestación.
- Anexo: Informe para rellenar por el Colegio Oficial de Médicos.
- En caso de representación legal o autorizada, documentación acreditativa de la representación y documentación identificativa del representante.
- Libro de Familia.
- Si se han cursado estudios oficiales en el extranjero, certificado firmado y sellado por el centro educativo, en el que consten los estudios cursados y el importe abonado por la expedición del título oficial, traducido oficialmente al castellano.
- Justificante del pago efectuado por la expedición del título oficial.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte del beneficiario/a de la prestación.