

## Sol·licitud de prestació assistencial - Metge discapacitat

### Dades del col·legiat:

Núm. de col·legiat \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Primer cognom \_\_\_\_\_ Segon cognom \_\_\_\_\_  
Data de naixement \_\_\_\_\_  
Estat civil \_\_\_\_\_ N. de fills \_\_\_\_\_ Conviu amb \_\_\_\_\_  
Adreça \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Població \_\_\_\_\_  
Telèfon 1 \_\_\_\_\_ Telèfon 2 \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Núm. de compte (20 dígits) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

### Dades del tutor legal (en cas d'incapacitat legal):

DNI \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Primer cognom \_\_\_\_\_ Segon cognom \_\_\_\_\_  
Adreça \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Població \_\_\_\_\_  
Telèfon 1 \_\_\_\_\_ Telèfon 2 \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Sol·licita** que, després d'efectuar els tràmits reglamentaris, li sigui concedit l'ajut que procedeixi.

D'acord amb el que disposa la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades, les dades que faciliteu seran introduïdes en un fitxer automatitzat anomenat PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL, propietat del COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE GIRONA. Per exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, us podeu dirigir a COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE GIRONA, C. Albareda, 3-5 àtic, 17004 GIRONA, adjuntant una fotocòpia del vostre DNI.

El signant declara que les dades personals pròpies i de tercers del present formulari són certes i compta amb el consentiment d'aquestes persones per declarar-les.

Signat a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
(Signatura del sol·licitant)

- Documentació a aportar:**
- Fotocòpia del DNI
  - Fe de vida i estat civil
  - Certificat oficial del grau de minusvàlida
  - Informe oficial del metge de capçalera (o psiquiatra)
  - Certificat de classes passives
  - Certificat de la Seguretat Social
  - Certificat del cadastre general sobre finques
  - Declaració d'Hisenda dels últims 4 anys
  - Tutoria en ferm, si és el cas