

Sol·licitud de prestació assistencial - Orfe discapacitat

Núm. de col·legiat (metge difunt) _____ Nom _____

Dades del beneficiari:

DNI _____ Nom _____

Primer cognom _____ Segon cognom _____

Data de naixement _____

Estat civil _____ Núm. de fills _____ Conviu amb _____

Adreça _____

CP _____ Població _____

Telèfon 1 _____ Telèfon 2 _____

e-mail _____

Núm. de compte (20 dígets) _____ - _____ - _____ - _____

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 minusvalidesa
- 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