

Sol·licitud de prestació assistencial – Viduïtat

Dades del col·legiat:

Núm. del col·legiat _____
DNI _____ Nom _____
Primer cognom _____ Segon cognom _____

Dades del beneficiari:

DNI _____ Nom _____
Primer cognom _____ Segon cognom _____
Data de naixement _____
Estat civil _____ Nre. de fills _____ Conviu amb _____
Adreça _____
CP _____ Població _____
Telèfon 1 _____ Telèfon 2 _____
e-mail _____
Núm. de compte (20 dígits) _____ - _____ - _____ - _____

Dades del tutor legal (si n'hi ha):

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:

- Fe de vida i estat civil
- Certificat de matrimoni
- Certificat de defunció del col·legiat
- Certificat de classes passives
- Certificat de la Seguretat Social
- Certificat del cadastre general sobre finques
- Declaració d'Hisenda dels últims 4 anys