



Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias

## Solicitud de Prestación Asistencial - Huérfano Discapacitado

Surtirá efecto desde el día del fallecimiento del colegiado si se tramita dentro de los 3 meses siguientes

### Datos del colegiado

Número de colegiado \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

### Informe a emitir por el Colegio de Médicos

Situación colegial: fecha de alta \_\_\_\_\_ Fecha de baja \_\_\_\_\_

Motivo de la baja \_\_\_\_\_

¿Está al corriente en sus deberes colegiales/asociado protector? Si  No  (marcar con una X lo que proceda)

Si es moroso indicar: A) Cuantía de la deuda \_\_\_\_\_

B) si el Colegio le ha reclamado la deuda vía estatutaria o judicial \_\_\_\_\_

Firmado: El Secretario General,

### Datos del beneficiario

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nº C/C \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C P \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Otro telf. de contacto \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nº de hijos \_\_\_\_\_ Convive con \_\_\_\_\_

En caso de incapacidad legal:

Tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C P \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Tlfno. \_\_\_\_\_

**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.

*De conformidad con la L.O. 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, debemos informarle que los datos que nos proporciona forman parte de ficheros responsabilidad de esta Fundación para la gestión y pago de las ayudas, por lo que serán comunicados a los Colegios Médicos Provinciales y Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales, con la confidencialidad y medidas de seguridad exigidas por la normativa.*

*Podrá ejercitar, en relación con sus datos personales, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de esta Fundación.*

*Por la firma de este documento da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba indicados.*

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del/a solicitante,

Documentación a aportar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fotocopia del D.N.I del/a Huérfano/a.</li><li>• Fe de vida y estado civil.</li><li>• Certificado de defunción del colegiado.</li><li>• Certificado oficial del grado de minusvalía.</li><li>• Informe oficial del médico de cabecera (o psiquiatra).</li><li>• Certificado de Clases Pasivas.</li><li>• Certificado de la Seguridad Social.</li><li>• Certificado del Catastro General sobre fincas.</li><li>• Declaración de Hacienda de los últimos 4 años.</li><li>• Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la ayuda.</li><li>• Tutoría en firme, si es el caso, adjuntado fotocopia del DNI del tutor.</li></ul>
----------------------------	--