



## Solicitud Prestación Asistencial – Viudedad / Pareja de Hecho

Surtilá efecto desde el día del fallecimiento del colegiado si se tramita dentro de los tres meses siguientes al mismo

### 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: \_\_\_\_\_

Nº D.N.I.: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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

En caso de incapacidad legal:

Tutor legal (nombre, apellidos, parentesco): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

**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, (todos los datos La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

*(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.*

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del/a solicitante,

Documentación a aportar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fotocopia del D.N.I.</li><li>• Fe de vida y estado civil.</li><li>• Certificado de matrimonio.</li><li>• Certificado de empadronamiento (pareja de hecho).</li><li>• Documento de formalización pública de la condición de pareja de hecho (registro autonómico o local de parejas de hecho, u otro documento público en el que conste la constitución de la pareja).</li><li>• Certificado de defunción del colegiado.</li><li>• Certificado de Clases Pasivas del solicitante.</li><li>• Certificado de la Seguridad Social del solicitante.</li><li>• Certificado del Catastro General sobre fincas del solicitante</li><li>• Declaración de Hacienda de los últimos 4 años del solicitante.</li><li>• Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la ayuda.</li></ul>
----------------------------	--