



## Solicitud de Prestación - Programa PAIME

**Consejo Autonómico de Colegios Médicos de:** .....

**Colegio Oficial de Médicos de:**.....

**Porcentaje cubierto por Convenio** existente entre la **Comunidad Autónoma** y el **Consejo Autonómico de Colegios Médicos / Colegio Oficial de Médicos:**.....

**El equipo médico establecido por el Colegio de Médicos** que se hará cargo del tratamiento ambulatorio, una vez finalizado el período de internamiento, será:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Se solicita la prestación establecida por la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias para el PAIME, a favor del colegiado, con DNI nº .....

Primer Ingreso: Motivos del ingreso:  enfermedad mental.  
 conducta adictiva.

Reingreso: Fecha último ingreso:  
 Causas del reingreso:  enfermedad mental.  
 conducta adictiva.

*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, 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 los datos con los fines arriba indicados.*

¿Está al corriente en sus deberes colegiales? 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 del Colegio,

DOCUMENTACIÓN A APORTAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Impreso de solicitud cumplimentado.</li> <li>Reingresos: informe médico sin datos personales de identificación.</li> </ul>