

Solicitud del Servicio de Atención Social

Firmado y debidamente cumplimentado, en los casos de necesidad de valoración y orientación social

Datos del colegiado:

Nombre y apellidos: _____

Colegio Oficial de Médicos: _____

Datos del beneficiario:

Nombre y apellidos: _____

NIF: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: _____ E-mail: _____

En caso de incapacidad legal:

Tutor/Persona Jurídica que ostenta tutela: _____

Dirección: _____

CP: _____ Localidad: _____

Teléfonos de contacto: _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la prestación del Servicio de Atención Social. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para realizarlo 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 los ficheros responsabilidad de esta Fundación, con la finalidad de gestionar la información en la prestación del Servicio de Atención Social.

Podrá ejercitar, en relación a 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 el fin arriba indicado.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,