

## Solicitud de Prestación Educacional-Menor de 21 años\*

(\*Se deberá solicitar previamente el ingreso en la Fundación).

Surtirá efecto desde el día del fallecimiento del colegiado (personal de los Colegios o del CGCOM) si se tramita dentro de los 3 meses siguientes con toda la documentación a aportar completa

### Datos del colegiado

Número de colegiado \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

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

Informe a emitir por el Colegio de Médicos de: \_\_\_\_\_

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

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

¿Está al corriente en sus deberes colegiales/socio 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 \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Otro Tfno. de contacto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ N° IBAN \_\_\_\_\_

en su calidad de padre, madre o tutor de los huérfanos de médico (especificar el nombre de cada uno de los menores de 25 años\*).

*\*Los mayores de 21 años que se encuentren realizando estudios oficiales, deberán también cumplimentar y enviar el impreso de solicitud de Beca.*

**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

- Fotocopia del NIF del huérfano/hijo y del padre o madre o tutor.
- Certificado de defunción del médico colegiado.
- Certificado de nacimiento o del Libro de Familia.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta corriente por parte de la persona beneficiaria de la ayuda.
- Tutoría en firme, si es el caso