

Solicitud de Prestación Educativa - Expedición Título Oficial

Solicitud por el Colegio de Médicos de: _____

Firmado: El Secretario General,

Datos del beneficiario

Nombre y apellidos _____

NIF _____ Teléfono _____ Otro Tfno. de contacto _____

Dirección _____

C.P. _____ Población _____

E-mail _____ N° IBAN _____

Estudios realizados: _____

Fecha de solicitud del título oficial: _____

Importe abonado _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el petitionerio 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 de NIF del huérfano/hijo.
- Fotocopia del impreso de haber solicitado el título de los estudios oficiales realizados, especificado el coste económico.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta corriente por parte de la persona beneficiaria de la ayuda.