

**SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL – PRESTACIÓN PARA CONCILIACIÓN****Denominada (Teleasistencia o Atención en el Domicilio):****Colegio Oficial de Médicos:** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
con NIF nº \_\_\_\_\_, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una prórroga para el año 20\_\_ en la prestación que vengo percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

*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.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma (1)

A rellenar sólo en caso de **cambio** de datos de contacto:D./D<sup>a</sup> (1) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

(1) Nombre y apellidos del/la médico beneficiario/a.

(2) Nombre y apellidos del/la residente.