

## Solicitud Ingreso en el Programa Tratamiento - Conductas Adictivas

*Surtirá efecto desde el día de inicio del tratamiento en el Recurso asignado.*

**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/asociado 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 \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Otro tfno. de contacto \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nº de hijos \_\_\_\_\_ Convive con \_\_\_\_\_

**En caso de incapacidad legal:**

Tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Tfno. fijo \_\_\_\_\_ móvil \_\_\_\_\_

**Solicita** que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedido el ingreso al Programa de Tratamiento del de conductas adictivas. 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	Médico colegiado (personal de los Colegios o del CGCOM)	Hijo de médico colegiado (personal de los Colegios o del CGCOM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NIF del socio protector.</li> <li>▪ Libro de familia.</li> <li>▪ Informe PAIME.</li> <li>▪ Compromiso seguimiento.</li> <li>▪ Certificado del Centro de Internamiento en el que se especifique el coste del ingreso/día.</li> <li>▪ Factura mensual emitida por el Centro Terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NIF del socio protector.</li> <li>▪ Fotocopia de NIF del residente-hijo de médico.</li> <li>▪ Informe valorativo del Centro Terapéutico.</li> <li>▪ Libro de Familia.</li> <li>▪ Justificación de ingresos de la Unidad Familiar.</li> <li>▪ Certificado del Centro de Internamiento en el que se especifique el coste del ingreso/día.</li> <li>▪ Factura mensual emitida por el Centro Terapéutico.</li> </ul>