

**SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL – ASISTENCIAL
ORFANDAD– MENOR DE 21 AÑOS.**

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia del 1 de julio al 31 de octubre de 2024.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS: _____

D./Dª (nombre y apellidos padre/madre o tutor): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito le sea concedida una **prórroga** a D./Dª (nombre y apellidos del beneficiario/a):

_____ con N.I.F.: _____ para el año 2025 en la prestación que viene percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. **Base de legitimación:** consentimiento del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. **Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. **Criterios de conservación de los datos:** sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. **Derechos que asisten al Interesado:** derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio (cumplimentar en letra mayúscula):**

D./Dª: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.