

SOLICITUD DE AYUDA POR FALLECIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS			COLECTIVO			D.N.I.	
			Laboral fije Fijo discon Eventual				
CENTRO DE TRABAJO/ LOCALIDAD	ALIDAD PROVINCIA / ÁREA TERRITORIAL		FECHA NACIMIENTO		FECHA DEFUNCION		
DATOS DEL PERSONAL SOLICI Según orden de prelación establecido en la convocate		izado para el cobro o	representante l	egal)			
NOMBRE Y APELLIDOS				RELACION CON EL FALLECIDO/A D.N.I.			
DOMICILIO							
CALLE			Nú	meroEsca	ılera, piso	, letra	
LOCALIDAD	C.P	PROVINCIA	<u> </u>				
TLFNO. MOVIL	TLFNO. FIJO		Correo ele	ctrónico			
DATOS BANCARIOS							
IBAN ENTIDA	SUCURSAI	D. C.		NÚMERO DE C	UENTA		
DATOS DE LOS HIJOS/AS EN EL Detallar nombre y apellidos, fecha de nacimiento y E	NI, consignando en primer	lugar el autorizado/o	a para el cobro.,)			
	Fecha de						
D./D ^a							
D./D ^a		Fecha de	Nacimiento	1	DNI		
Declaro que no he omitido ningún d	to de interés a efectos	de la presente sol	icitud y que s	on ciertos cuantos	quedan e	expresados.	
En	a_	de		de 2022			
]	² do						
OCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN: Fotocopia del certificado de defunción							
Fotocopia del libro de familia completo o certificado			alegado				
Fotocopia DNI del personal solicitante y documento	creditativo en caso de renr	esentante legal					
En caso de varios hijos/as con derecho a percibir la a			de cobro en favo	or de uno de ellos			

Protección de datos de carácter personal. Sus datos serán tratados por la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos, S.A., S.M.E., para la gestión de su solicitud en los términos y condiciones expuestos en la Política de Protección de datos de empleados/as, que puede ser consultada en CONECTA/INICIO/PERSONAS/INFORMACIÓN PERMISOS Y LICENCIAS/POLITICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EMPLEADO.

ÁREA	- GERENCIA DE PERSONAS Y RE	LACIONES LABORALES