

SOLICITUD DE AYUDA PARA HIJOS CON DISCAPACIDAD

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		COLECTIVO Funcionario <input type="checkbox"/> Laboral fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	D.N.I. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
CENTRO DE TRABAJO	PROVINCIA / ZONA	Teléf. RICO	Teléf. Móvil								

DATOS DE LOS HIJOS CON DERECHO A PERCIBIR AYUDA

NOMBRE Y APELLIDOS	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad
1° _____		
2° _____		
3° _____		
4° _____		
5° _____		

SOLO SOLICITANTES QUE NO PERCIBAN HABERES DE CORREOS (PARA HUÉRFANOS BENEFICIARIOS)

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D. C.	NÚMERO DE CUENTA

Declaro que no he omitido ningún dato de interés a efectos de la presente solicitud y que son ciertos cuantos quedan expresados.

En _____ a _____ de _____ de 2015

Fdo. _____

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

Certificado de discapacidad del órgano competente	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia DNI solicitante y cónyuge	
Certificado de convivencia o empadronamiento en su caso	

El solicitante autoriza expresamente a Correos y Telégrafos para que los datos personales recogidos en el presente formulario, sean incorporados a un fichero automatizado del que es titular responsable la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos a los efectos del tratamiento que resulte necesario con los fines de la presente solicitud. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, dirigiendo escrito a la Dirección de Recursos Humanos de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, Vía Dublín nº 7. 28042 Madrid.