

SOLICITUD DE AYUDA PARA TRATAMIENTOS DE SALUD

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		COLECTIVO Funcionario ☐ Laboral fijo ☐ Fijo discontinuo ☐ Eventual ☐	D.N.I.
CENTRO DE TRABAJO	PROVINCIA / ZONA	TLFN. RICO	TLFN. MOVIL

MODALIDAD DE AYUDA

Indicar el importe de las facturas según tratamiento y ayudas recibidas de MUFACE u otros organismos

MODALIDAD	IMPORTE FACTURAS (A)	AYUDAS RECIBIDAS (B)	GASTO (A – B)
1 BUCODENTALES	€	€	€
2 AUDIOVISUALES	€	€	€
3 CIRUGÍA OCULAR	€	€	€
4 SALUD MENTAL / MOTRICES / CELIAQUÍA (P. Laboral)	€	€	€

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 2017

Fdo. _____

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

Fotocopia de facturas, con visado de MUFACE en su caso	
Fotocopia del informe médico en su caso	
Sólo para solicitudes referidas a cónyuge e hijos:	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia de los documentos de afiliación a MUFACE o Seguridad Social	
Fotocopia DNI del cónyuge	

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, S.A., S.M.E. 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, S.A., S.M.E. Vía Dublin nº 7. 28042 Madrid.

____ JEFATURA DE RR.LL. / RR.HH. DE _____ DIRECCIÓN DE ZONA _____