

FORMULARI DE SOL·LICITUD

**SERVEI DE SUPORT PSICOLÒGIC PER A
FAMILIARS DE METGES, METGES JUBILATS
I METGES NO EXERCENTS PER
INCAPACITAT LABORAL PERMANENT**

1. DADES DEL/LA MEMBRE COL·LEGIAT/DA

NOM I COGNOMS	
NIF	
DATA NAIXEMENT	
ADREÇA	
POBLACIÓ	
PROVÍNCIA	
CODI POSTAL	
TELÈFON FIXE	
TELÈFON MÒBIL	
CORREU ELECTRÒNIC	
Nº COL·LEGIAT/DA	
SITUACIÓ LABORAL	<input type="checkbox"/> Jubilació <input type="checkbox"/> Incapacitat laboral permanent Indicar grau:

2. DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT (Només omplir si la persona beneficiària de l'ajut NO és el/la col·legiat/da)

NOM I COGNOMS	
NIF	
DATA NAIXEMENT	
ADREÇA	
POBLACIÓ	
PROVÍNCIA	
CODI POSTAL	
TELÈFON FIXE	
TELÈFON MÒBIL	
NIVELL DE PARENTIU AMB EL/LA COL·LEGIAT/DA	

ENTORN FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA HABITUAL	<input type="checkbox"/> Domicili particular amb familiars <input type="checkbox"/> Viu sol/a en el domicili particular
ESTRUCTURA DE L'ENTORN FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA	Nombre de persones que conviuen al domicili: Edats de les persones que conviuen al domicili: Nivell de parentiu de les anteriors:

3. DEFINICIÓ DE NECESSITATS DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT

Definir les principals dificultats actuals que presenta la persona beneficiària que justifiquin la necessitat de l'ajut sol·licitat i la **contribució satisfactòria que suposaria rebre l'ajut sol·licitat.**

4. DEFINICIÓ DE NECESSITATS DE L'ENTORN FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA

Altres aspectes rellevants a destacar dins l'entorn familiar (presència de persones grans, infants, familiars amb patologies cròniques,...entre d'altres).

5. DOCUMENTACIÓ COMPLEMENTÀRIA QUE CAL APORTAR

L'entrega de la documentació que cal presentar, a continuació descrita, s'estableix en un **període màxim de presentació de tres mesos** des de la data que es fa la sol·licitud.

SERVEI DE SUPORT PSICOLÒGIC	
PER A FAMILIARS DE METGE	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat.
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat.
	Document fiscal degudament complimentat (Model 145).
PER A METGES JUBILATS	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Certificat de la pensió de jubilació de la Seguretat Social.
	Document fiscal degudament complimentat (Model 145).
PER A METGES AMB INCAPACITAT LABORAL PERMANENT	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Certificat de la pensió d'incapacitat laboral permanent de la Seguretat Social.
	Document fiscal degudament complimentat (Model 145).

6. DECLARACIÓ DEL SOTASIGNAT

_____, amb NIF _____

DECLARO:

Que tota la informació continguda en el present formulari de sol·licitud és veraç.

ACCEPTO:

Totes i cada una de les condicions de la Convocatòria d'ajuts econòmics i socials, per a l'exercici de l'any en curs, que es concreten en:

- Aquesta convocatòria únicament inclou prestacions econòmiques/socials de caràcter puntual i finalista.
- Aquestes prestacions no generen dret.
- Aquestes prestacions estan sotmeses a una disponibilitat pressupostària.
- La concessió de qualsevol prestació final sempre ha de tenir en compte l'estat de necessitat del sol·licitant en relació amb els seus recursos personals i econòmics.
- La valoració de sol·licituds comporta la comprovació de tot allò que estigui relacionat amb la sol·licitud.
- Cal tenir en compte que hi ha algunes prestacions sotmeses a incompatibilitats entre elles, les quals es tindran en compte en el procés de valoració de sol·licituds.

EM COMPROMETO:

A signar el conveni corresponent amb el Programa de protecció social del Col·legi Oficial de Metges de Girona, en el supòsit que se'm concedeixi l'ajut sol·licitat, per concretar els mecanismes de concessió, seguiment i rendició de comptes de l'activitat.

SIGNATURA

_____, _____ d _____ de 20

Els informem que, d'acord amb el Reglament (UE) 2016/679 General de Protecció de Dades, posem a la seva disposició la següent informació:

El responsable del tractament de les seves dades és el Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG), amb CIF: Q1766001J i domicili a Girona, C/ Albareda, 3-5 - CP 17004.

Tractarem la informació que vostè ens faciliti per avaluar la possibilitat de concessió de l'ajuda sol·licitada i, si és el cas, gestionar la concessió de la mateixa. Tanmateix, l'informem que les fotografies o vídeos que es realitzin per documentar el lliurament del benefici podran ser utilitzades per a publicitar les activitats del COMG en diferents mitjans de comunicació, com pàgines webs, butlletins informatius, revistes, etc.

Les dades personals proporcionades es conservaran mentre vostè no ens sol·liciti la seva supressió, i en tot cas, mentre vostè estigui rebent l'ajuda corresponent.

En el cas que vostè hagi proporcionat dades de caràcter personal de terceres persones, garanteix que els ha recaptat lícitament i que ha subministrat a l'afectat la informació necessària sobre el tractament de les seves dades. Així mateix, vostè es fa responsable per sol·licitar el consentiment de l'afectat per a la cessió i tractament de les seves dades de caràcter personal per compte de Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG). Quan les persones afectades exerceixin els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, limitació del tractament, portabilitat de dades i a no ser objecte de decisions individualitzades automatitzades davant el Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG), ho comunicarem a l'interessat de manera immediata.

Els informem que les seves dades podran ser cedides a la Fundació Privada Pascual i Prats i al Col·legi Oficial de Metges de Girona - Serveis, S.A.U per a la gestió administrativa conjunta, i a d'altres organismes externs en el cas que sigui necessari per a la consecució de la finalitat abans esmentada.

Vostè té dret a obtenir confirmació sobre si en el Col·legi Oficial de Metges de Girona estem tractant dades personals que li concerneixin, o no. Pot accedir a les seves dades personals, així com a sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si s'escau, sol·licitar la seva supressió quan, entre d'altres motius, les dades ja no siguin necessàries per als fins que van ser recollides. En determinades circumstàncies, vostè podrà oposar-se o sol·licitar la limitació del tractament de les seves dades, en aquest cas únicament les conservarem per motius legítims imperiosos, o l'exercici o la defensa de possibles reclamacions.

Per la signatura del present document vostè dona el seu consentiment de forma expressa a que les seves dades i les dades dels menors d'edat que vostè representa siguin tractades pel Col·legi Oficial de Metges de Girona en els termes de la present clàusula.

Nom:

DNI:

Signatura:

Data: