DIPUTACION DE ZAMORA

4426 0100

SOLICITUD AYUDA MÉDICO FARMACEUTICA

DATOS DEL FUNCIONARIO / PENSIONISTA

Nombre y Apellidos:	NIF:
Domicilio:	Población:
Teléfono:	Servicio de Adscripción:
Número de Personal:	Puesto de Trabajo:

BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA (DISTINTO DEL TITULAR)

Nombre y Apellidos:	Parentesco:

DECLARACIÓN RESPONSABLE

1. Declaro responsablemente que los beneficiarios distintos del titular anteriormente citados conviven conmigo y bajo mi dependencia económica.
2. Lo cual declaro a los efectos previstos en el art. 21.2 del Reglamento del Personal funcionario de la Excma. Diputación Provincial de Zamora

Quien suscribe solicita el abono de la cantidad que reglamentariamente le corresponda.

En …… , a …….. de …….. de 20…...

El Solicitante

Fdo.: ……

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ZAMORA

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en el Reglamento UE 2016/679, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento serán incorporados, para su tratamiento, en un fichero cuyo responsable es la Diputación Provincial de Zamora, con la finalidad de gestionar la subvención que ha solicitado. Asimismo, le informamos que tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios en – Plz de Viriato, s/n 49071 Zamora, o bien mediante Sede Electrónica https://diputaciondezamora.sedelectronica.es o al siguiente correo electrónico: **dpd@progesdatos.com.** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección: https://diputaciondezamora.sedelectronica.es/privacy