

---

**SOLICITUD AYUDA MÉDICO FARMACÉUTICA**

---

**A) DATOS DEL FUNCIONARIO O PENSIONISTA:**

Nombre y Apellidos

N.I.F.

Domicilio y población

Teléfono

Centro de trabajo

Puesto de Trabajo

Número Personal

**B) BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA:**

Nombre y Apellidos

Parentesco

**C) CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO DE PERSONAL (a rellenar por el Servicio de Personal):**

CONCEPTO AYUDA	IMPORTE AYUDA	Artículo Reglamento	Vº Bº JEFE SERVICIO PERSONAL
		21.-	
		"	
<b>TOTAL</b>			

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

Zamora, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Fdo.:**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento (UE) 2016/679, se informa de que los datos facilitados en este documento y en la documentación adjunta al mismo serán tratados por la Excm. Diputación Provincial de Zamora, como responsable del tratamiento, con la finalidad de tramitar procedimientos y actuaciones administrativas relacionados con esta Administración pública, y derivados de la presente solicitud. Puede ejercer, ante el responsable del tratamiento, su derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos personales, así como otros derechos tal y como se indica en la información adicional disponible a través del enlace: <https://diputaciondezamora.sedelectronica.es/privacy>.

**ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL DE ZAMORA**