
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.- | |
| | | " | |
| TOTAL | | | |

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