



1. Dades del membre col·legiat

Nom:	Núm. col·legiat/da:
Cognoms:	
NIF:	Data de naixement: / /
Adreça:	Població:
Província:	Codi postal:
Telèfon particular:	Telèfon mòbil:
Correu electrònic:	
Especialitat:	
Situació laboral:	<input type="checkbox"/> En actiu <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Invalidesa

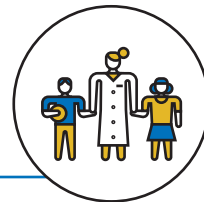
2. Entorn familiar del membre col·legiat

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:
Nombre de fills a càrrec:
Edats dels fills a càrrec:
Nombre de fills amb discapacitat i tipologia:

3. Definició de necessitats de la persona beneficiària de l'ajut

Principals dificultats actuals que presenta la persona beneficiària de l'ajut.



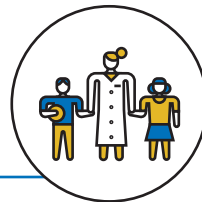
4. Definició de necessitats de l'entorn familiar de convivència

Altres aspectes rellevants a destacar dins l'entorn familiar (presència de persones grans, infants, familiars amb patologies cròniques,...entre d'altres). Tanmateix definir la **contribució satisfactòria que suposaria rebre l'ajut sol·licitat.**

5. Documentació complementària que cal aportar

- Formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Certificat de defunció del cònjuge del col·legiat/da.
- Fotocòpia del llibre de família del col·legiat/da on hi consti el nombre de fill/s que es troben al seu càrrec.
- Fotocòpia del carnet acreditatiu de família nombrosa del col·legiat/da, si és el cas.
- En el cas de fills amb discapacitat a partir del 65% i/o dependència, i de membres adults amb dependència que convisquin al domicili familiar, aportar la documentació acreditativa.
- Última declaració de la renda del col·legiat/da i el seu nucli familiar.
- Document fiscal degudament complimentat (Model 145).

L'ajut sortirà efecte des del dia de la defunció del cònjuge del col·legiat si es tramita dins dels 3 mesos següents.



6. Declaració del sotassinat

La Sra./El Sr. _____, amb DNI _____

DECLARA:

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

ACCEPTA:

Totes i cadascuna de les condicions exposades a continuació en relació als Ajuts econòmics i socials del Programa de Protecció Social per a l'exercici de l'any en curs, que es concreten en:

- Es tracta de prestacions econòmiques i socials de caràcter puntual i finalista.
- Aquestes prestacions no generen dret.
- Aquestes prestacions estan sotmeses a una disponibilitat pressupostària.
- Sempre la concessió de qualsevol prestació final ha de tenir en compte l'estat de necessitat del sol·licitant en relació als 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.

ES COMPROMET:

A signar la documentació requerida i complir amb els requeriments establerts pel Programa de Protecció Social del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

SIGNATURA

_____, _____ de _____ de 20____

Aquesta sol·licitud comporta que dono el consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (CoMB) amb la finalitat d'assessorar-me i tramitar, si s'escau, la sol·licitud d'ajudes socials i/o econòmiques, de conformitat amb les funcions legals i estatutàries del CoMB (Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'Exercici de les Professions Titulades i dels Col·legis Professionals).

Amb aquesta finalitat consento la cessió de les meves dades a les entitats col·laboradores del CoMB proveïdores de serveis i productes de protecció social amb les que existeixi algun tipus d'acord i que intervinguin en la present sol·licitud (poden consultar-se a <https://protecciosocial.comb.cat/>), així com als organismes oficials (Agència Tributària, Seguretat Social, altres) que siguin legalment exigibles.

En cas que faciliti dades d'un tercer, sigui o no beneficiari de l'ajut, manifesto haver-lo informat prèviament d'aquesta comunicació i dispenso de la pertinent autorització.

Les dades es conservaran mentrestant estigui vigent la prestació sol·licitada o, en tot cas, fins a la seva resolució i, des d'aquesta, durant el termini que la legislació vigent estableixi en cada moment.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, per correu postal (Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona), per email (dadespersonals@comb.cat) o a través de l'App MetgesBarcelona. El CoMB disposa d'un Delegat en Protecció de Dades (dpo@comb.cat) qui resoldrà les reclamacions, dubtes o consultes que es plantegin pels interessats. També, puc presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.



Entitat certificada
en Qualitat ISO 9001:2015