



## 1. Dades del membre col·legiat

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

## 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:	
Cognoms:	
NIF:	Data de naixement: / /
Adreça:	Població:
Província:	Codi postal:
Telèfon particular:	Telèfon mòbil:
Nivell de parentiu amb el col·legiat:	
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.

---

---

---

---

---

---



#### 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, etc.).

---

---

---

---

---

---

---

#### 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 METGES

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotòcopia 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 model 145, complimentat amb les dades de la persona beneficiària.

###### PER A METGES JUBILATS

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Certificat de la pensió de jubilació de la Seguretat Social.
- Document fiscal model 145, complimentat amb les dades de la persona beneficiària.

###### 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 model 145, complimentat amb les dades de la persona beneficiària.



## 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.
- El CoMB informarà a l'Agència Tributària (Hisenda) les quantitats de les prestacions entregades als seus beneficiaris.

### 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](mailto:dadespersonals@comb.cat)) o a través de l'App MetgesBarcelona. El CoMB disposa d'un Delegat en Protecció de Dades ([dpo@comb.cat](mailto: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.



Intertek

Entitat certificada  
en Qualitat ISO 9001:2015