

SOLICITUD DE AYUDA PARA HIJOS/AS CON DISCAPACIDAD

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS 		COLECTIVO Funcionario <input type="checkbox"/> Laboral fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	D.N.I. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
CENTRO DE TRABAJO 	PROVINCIA / ZONA 	TLFN. RICO 	TLFN. MOVIL 								

DATOS DE LOS HIJOS/AS CON DERECHO A PERCIBIR AYUDA

NOMBRE Y APELLIDOS	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad
1° _____		
2° _____		
3° _____		
4° _____		
5° _____		

Declaro que no he omitido ningún dato de interés a efectos de la presente solicitud y que son ciertos cuantos quedan expresados.

En _____ a _____ de _____ de 2019

Fdo. _____

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

Certificado de discapacidad del órgano competente	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia DNI solicitante y cónyuge	
Certificado de convivencia o empadronamiento en su caso	

Sus datos serán tratados por Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A., S.M.E. para la gestión de su solicitud en los términos y condiciones expuestos en la Política de Protección de datos de empleados, que puede ser consultada en CONECTA/INICIO/PERSONAS/INFORMACIÓN PERMISOS Y LICENCIAS/UTILIDADES/POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EMPLEADO.

____ **JEFATURA DE RR.LL. / RR.HH. DE** _____ **DIRECCIÓN DE ZONA** _____