

SOLICITUD DE AYUDA PARA TRATAMIENTOS DE SALUD

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. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>
CENTRO DE TRABAJO	PROVINCIA / ZONA	TLFN. RICO	TLFN. MOVIL

MODALIDAD DE AYUDA

Indicar el importe de las facturas según tratamiento y ayudas recibidas de MUFACE u otros organismos

MODALIDAD	IMPORTE FACTURAS (A)	AYUDAS RECIBIDAS (B)	GASTO (A - B)
1 BUCODENTALES	€	€	€
2 AUDIOVISUALES	€	€	€
3 CIRUGÍA OCULAR	€	€	€
4 SALUD MENTAL / MOTRICES / CELIAQUÍA (P. Laboral)	€	€	€

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:

Fotocopia de facturas, con visado de MUFACE en su caso	
Fotocopia del informe médico en su caso	
Sólo para solicitudes referidas a cónyuge e hijos/as:	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia de los documentos de afiliación a MUFACE o Seguridad Social	
Fotocopia DNI del cónyuge	

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 _____