

SOLICITUD DE AYUDA PARA HIJOS/AS CON DISCAPACIDAD

DATOS DEL PERSONAL 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; border-collapse: collapse;"> <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><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
1º _____		
2º _____		
3º _____		
4º _____		
5º _____		

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 2020

Fdo. _____

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

Certificado de discapacidad del órgano competente	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia DNI del personal 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 _____