

SOLICITUD DE AYUDA PARA TRATAMIENTOS DE SALUD

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> </tr> </table>								
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 2020

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 _____