

ANEXO I
SOLICITUD DE AYUDA PARA TRATAMIENTO DE SALUD

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		COLECTIVO	N.I.F.
DESTINO	JEFATURA PROVINCIAL / D. ZONA	TLF. Oficina	N.I.F. del cónyuge

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 OTROS TRATAMIENTOS (Ver convocatoria)	€	€	€

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 2009

Fdo. _____

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

Original y fotocopia de facturas, con visado de MUFACE en su caso	
Fotocopia del informe médico	
Certificado de servicios prestados (laborales eventuales)	
Sólo para solicitudes referidas a cónyuge e hijos:	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia del documento de afiliación a MUFACE o Seguridad Social	
Fotocopia DNI del cónyuge	

El solicitante autoriza expresamente a Correos y Telégrafos para que los datos personales recogidos en el presente formulario, sean incorporados a un fichero automatizado del que es titular responsable la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos a los efectos del tratamiento que resulte necesario con los fines de la presente solicitud. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, dirigiendo escrito a la Dirección de Recursos Humanos de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, Vía Dublín nº 7. 28042 Madrid.