

## ANEXO: SOLICITUD BONIFICACIÓN SEGURO MÉDICO

1. DATOS DEL SOLICITANTE				
1 <sup>er</sup> Apellido		2 <sup>o</sup> Apellido		
Nombre		DNI, NIF, NIE:		
2. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN ( DOMICILIO FAMILIAR):				
Vía:	Número:	Escal/ Letra:	Planta:	Puerta:
Municipio:	C. Postal:	Provincia:		
Correo electrónico:	Tfno.:	Tfno. Móvil:		

3. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LOS BENEFICIARIOS					
1 <sup>er</sup> Apellido	2 <sup>o</sup> Apellido	Nombre	Fecha nacimiento	¿Es trabajador/a de la asociación?	Fecha de entrada en vigor del seguro

4. DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL SOLICITANTE
DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD, QUE: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Acepta las bases de la convocatoria.</li> <li>b) Cumplen los requisitos exigidos por la misma.</li> <li>c) Son ciertos los datos que constan en esta solicitud.</li> </ul>
5. DOCUMENTACIÓN QUE APORTA JUNTO CON ESTA SOLICITUD. MARCAR LA QUE PROCEDA
<input type="checkbox"/> Modelo normalizado de solicitud completamente cumplimentado y firmado.

En .....a..... de.....de 20\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), SE INFORMA que los datos personales facilitados en este formulario serán tratados por la Asociación de Obras Cristianas de Gibraltón con la finalidad de gestionar adecuadamente las ayudas. Sus datos personales no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal. Igualmente se informa que podrá ejercer sus derechos ante el responsable del tratamiento para la rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición los cuales podrá solicitar dirigiéndose a la siguiente dirección; Plaza Santiago nº 4 CP21500 Gibraltón (Huelva) o al correo electrónico [secretaria@obras cristianas.com](mailto:secretaria@obras cristianas.com)