



DATOS PERSONALES (OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS)

Apellidos y Nombre	D.N.I.	Nº empleado/a
Puesto de Trabajo	Servicio o Dependencia Municipal	
Dirección del Lugar de Trabajo	Dirección de correo electrónico	Teléfono

DATOS DEL BENEFICIARIO/A O BENEFICIARIOS/AS DE LA PRESTACIÓN

Apellidos y Nombre	Relación con el titular	Fecha de nacimiento
Apellidos y Nombre	Relación con el titular	Fecha de nacimiento
Apellidos y Nombre	Relación con el titular	Fecha de nacimiento

DOCUMENTACIÓN APORTADA (Ver detalles en Pacto/Convenio)

- Factura original y/o prescripción médica (obligatorio en todos los casos).....
- Justificante de relación o parentesco (cuando el/la beneficiario/a no sea el titular).....
- Ingresos brutos anuales y/o declaración de la renta (cuando el/la beneficiario/a no sea el titular.....
- Otros (especificar):

SOLICITUD

De conformidad con el vigente "Pacto de aplicación al personal funcionario" o "Convenio de aplicación al personal laboral, solicito el abono que me corresponda. (Marcar opción u opciones)

CONCEPTO	Seleccionar
Cristales normales o montura o cristales + montura	<input type="checkbox"/>
Cristales progresivos o montura o cristales + montura	<input type="checkbox"/>
Cristales bifocales o montura o cristales + montura	<input type="checkbox"/>
Lentillas	<input type="checkbox"/>
Prótesis dental completa	<input type="checkbox"/>
Prótesis dental superior o inferior	<input type="checkbox"/>
Cada pieza (corona)	<input type="checkbox"/>
Reconstrucción de pieza	<input type="checkbox"/>
Desvitalización	<input type="checkbox"/>
Empastes	<input type="checkbox"/>
Tartrectomía (limpieza de boca)	<input type="checkbox"/>
Implantes	<input type="checkbox"/>
Audífonos e implante coclear	<input type="checkbox"/>
Sillas de ruedas	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>
Material de ortopedia (ver Pacto/Convenio)	<input type="checkbox"/>
Ortodoncias	<input type="checkbox"/>
Periodoncias	<input type="checkbox"/>
Corrección visual láser o medios alternativos	<input type="checkbox"/>
Fertilidad	<input type="checkbox"/>

Otro (especificar): _____

Excmo. Sr. Alcalde de Zaragoza

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición comunicándolo por escrito al Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza.