



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. El abajo firmante, autoriza el tratamiento de sus datos de carácter personal, conforme establece la convocatoria General de Ayudas Sanitarias del Excmo. Ayto. de Zaragoza.

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