

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

SANITARIAS

Otro (especificar):

Excmo. Sr. Alcalde de Zaragoza

Firma del solicitante

Zaragoza, a de de 20.