

**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.