

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE NATALIDAD

### Datos del colegiado:

Número de colegiado \_\_\_\_\_ DNI\_ \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

F.Nac. \_\_\_\_\_ Tlfno. \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Hijo/a con derecho a la ayuda/prestación:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

F.Nac. \_\_\_\_\_

*Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda.*

*Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el **petionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación**, y declara que lo expuesto (todos los datos) es absolutamente cierto.*

*Por control interno, en el caso de ayudas realizadas mediante cheque, transcurridos 90 días contados a partir de la emisión del mismo, procederemos a su anulación.*

*De conformidad con la L.O. 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, debemos informarle que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de los ficheros responsabilidad de esta Fundación para la gestión y pago de las ayudas, y serán comunicados al Colegio Oficial de Médicos de Tenerife y Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales, con la confidencialidad y medidas de seguridad exigidas por la normativa. Podrá ejercitar, en relación con sus datos personales, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de esta Fundación. Por la firma de este documento da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba indicados.*

**LA FUNDACION DECLARARA A HACIENDA LAS CANTIDADES ENTREGADAS A SUS BENEFICIARIOS/AS.**

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del/a solicitante

**Definición:**

- Aportación para los gastos de nacimiento o adopción de un hijo.

**Destinatario:**

- Médicos colegiados y personal del COMTF.

**Aportaciones:**

- Cantidad máxima por hijo: 500 €

**Requisitos:**

- Cinco últimos años de colegiación ininterrumpida en el COMTF (modalidad ordinaria de colegiación), o de trabajo en el mismo.
- Será obligatorio el cumplimiento de las normas estatutarias y Deontológicas, y se valorará la colaboración en las actividades colegiales.

**Documentación a aportar:**

- Formulario de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- DNI del colegiado/a.
- Certificado de nacimiento o adopción.
- Libro de familia.

**Plazo:**

- En los tres primeros meses de vida del hijo/a.

**Incompatibilidades:**

- No tiene.

**Nota:**

- La concesión de la prestación/ayuda queda condicionada a la existencia de disponibilidad presupuestaria para la misma en el ejercicio correspondiente a la solicitud.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del/a solicitante