

# SOLICITUD DE AYUDA PARA FMC MÁSTERES

## Datos del colegiado:

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

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

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

Dirección \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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

**Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario 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 FUNDACIÓN DECLARARÁ A HACIENDA LAS CANTIDADES ENTREGADAS A SUS BENEFICIARIOS/AS.**

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

**Definición:**

- Aportación para ayuda a los gastos de Máster de Formación Médica.

**Destinatario:**

- Médicos Colegiados del COMTF.

**Aportaciones:**

- Cantidad máxima por Máster: 700€ una vez presentado el certificado de finalización y aprobación del Máster.

**Requisitos:**

- Cinco últimos años de colegiación ininterrumpida en el COMTF (modalidad ordinaria de colegiación). (Se tiene en cuenta los años de colegiación MIR)
- 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.
- Matrícula académica.
- Declaración jurada de no haber recibido subvención pública o privada para la realización del Máster.

**Plazo:**

- Antes del 31 de diciembre de cada año.
- No se podrá solicitar la ayuda para másteres finalizados con anterioridad al año en que se realiza la solicitud.

**Incompatibilidades:**

- No entra en esta categoría formación similar (cursos de expertos universitarios, etc. o Máster no directamente relacionadas con la medicina Ej: Máster de Riesgos Laborales o similar).
- Sólo se podrá solicitar la ayuda para la realización de un Máster por colegiado/cada 5 años.

**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