

SOLICITUD DE ABONO DE AYUDAS SANITARIAS

DATOS PERSONALES

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 - 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 Acuerdo/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):

.....

De conformidad con el vigente "Acuerdo sobre condiciones de trabajo del personal funcionario del Ayuntamiento de Zaragoza" o "Convenio de aplicación al personal laboral, solicito el abono que me corresponda. (Marcar opción u opciones).

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	
Salud auditiva: Audífonos e implante coclear	
Sillas de ruedas	
Material de ortopedia (Ver Acuerdo/Convenio)	
Ortodoncias	
Periodoncias	
Corrección visual láser o medios alternativos	
Salud nutricional: celiaquía	
Salud nutricional: intolerancia a la lactosa	
Tratamiento de fertilidad	
Tratamiento por homeopatía	
Vacunas: alergias por motivos ambientales	
Vacunas: alergias a hijas(os no financiadas por el sistema público de salud)	
Dieta por acompañamiento	

Otros (especificar):

Los y las solicitantes que en el momento de la publicación de listados provisionales y definitivos de admitidos y excluidos de esta convocatoria hubieran finalizado su relación contractual con el Ayuntamiento de Zaragoza, bien por jubilación o bien por cese, y dado que no tienen acceso a la intranet municipal podrán recibir su estado de exclusión indicando una dirección de correo electrónico a continuación:

.....

Firma de la persona solicitante

Zaragoza a de de

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS Responsable>>>> Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza, Oficina de RRHH. Finalidad>>>> gestionar y tramitar su solicitud de ayudas sanitarias. Procedencia>>>> Del solicitante, tanto en relación a sus datos de carácter personal, como los que pueda aportar acerca de terceras personas. Derechos>>>> Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, contactando con EXCMO.

AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA OFICINA DE RRHH Edificio del Seminario, Vía Hispanidad nº 20, 50071, Zaragoza, en <http://www.zaragoza.es/sede/servicio/tramite> 23680. Información Adicional>>>> Puede consultar la ***INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*** en la bases de la convocatoria general de ayudas sanitarias para el personal municipal del Ayuntamiento de Zaragoza. RL-02//