

**ANEXO I**  
**SOLICITUD DE AYUDA PARA TRATAMIENTO DE SALUD**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>		<b>COLECTIVO</b>	<b>D.N.I.</b>
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	<b>PROVINCIA / ZONA</b>	<b>TLF. Oficina</b>	<b>D.N.I. del cónyuge</b>

**MODALIDAD DE AYUDA**

Indicar el importe de las facturas según tratamiento y ayudas recibidas de MUFACE u otros organismos

MODALIDAD	IMPORTE FACTURAS (A)	AYUDAS RECIBIDAS (B)	GASTO (A – B)
1 BUCODENTALES	€	€	€
2 AUDIOVISUALES	€	€	€
3 CIRUGÍA OCULAR	€	€	€
4 OTROS TRATAMIENTOS (Ver convocatoria)	€	€	€

Declaro que no he omitido ningún dato de interés a efectos de la presente solicitud y que son ciertos cuantos quedan expresados.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

Fdo. \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:**

Original y fotocopia de facturas, con visado de MUFACE en su caso	
Fotocopia del informe médico	
Certificado de servicios prestados (laborales eventuales)	
<b>Sólo para solicitudes referidas a cónyuge e hijos:</b>	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia del documento de afiliación a MUFACE o Seguridad Social	
Fotocopia DNI del cónyuge	

El solicitante autoriza expresamente a Correos y Telégrafos para que los datos personales recogidos en el presente formulario, sean incorporados a un fichero automatizado del que es titular responsable la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos a los efectos del tratamiento que resulte necesario con los fines de la presente solicitud. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, dirigiendo escrito a la Dirección de Recursos Humanos de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, Vía Dublín nº 7. 28042 Madrid.