SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN DEPENDENCIA – DIVERSIDAD FUNCIONAL – TRATAMIENTOS ESPECIALES (>6 AÑOS)

CONVOCATORIA 2026

Surtirá efecto para el año en curso de la fecha de entrada en el registro del RICOMS.

Datos del médico/a colegiado/a:

Nº de colegiado/a:

N.I.F.:

Nombre y apellidos:

Situación colegial como socio protector:

Fecha de alta: Fecha de baja: Motivo de la baja:

Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: SÍ □ NO □ (marcar lo que proceda)

Estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales : SÍ □ NO □ (marcar lo que proceda)

Datos del beneficiario/a (hijo/a del médico colegiado):

Nombre y apellidos:

N.I.F.:

Fecha de nacimiento:

Dirección postal: Nº: Piso: C.P.

Población:

Provincia:

Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico:

Nº IBAN ES

Datos del curador/defensor judicial (en caso de incapacidad legal):

Nombre y apellidos:

N.I.F.:

Fecha de nacimiento:

Dirección postal: Nº: Piso: C.P.

Población:

Provincia:

Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico:

El/La Dr./Dra.: **solicita**
le sea concedida la ayuda establecida por el RICOMS, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para su hijo/a:

Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:

N.I.F.:

Fecha de nacimiento:

Grado de Discapacidad:

Grado de Dependencia:

Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte el RICOMS, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto.

Firmado en Sevilla, a de de 202_

***El RICOMS**, es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece el RICOMS y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de las ayudas, para la consecución de los fines del RICOMS. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar información del RICOMS que pudiera ser de su interés: actividades, invitación a eventos etc. **Base de legitimación:** consentimiento del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos de Sevilla con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. **Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. **Criterios de conservación de los datos:** sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. **Derechos que asisten al Interesado:** derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** Av de la Borbolla 47 – 41013 (Sevilla) TFNO: 954231990- FAX 954236050. El RICOMS declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.*