Sello del Regi	istro de Entrada		Anexo I		Código Barras
			2018		
		1	AMITACIÓN IPLIFICADA		
TRATAMIENT	_	PRESCRITOS	POR PERSON	NAL DEL SIST	ADHERENCIA A LOS TEMA SANITARIO DE
Datos de la pers	sona solicitante:				
Nombre:			Telf	.: 🗆 🗆 🗆	
Apellidos:					
DNI:					
Cód. TIS:					
 En el caso de tutor, curador notarial, que aportará el poc En el caso de la madre, acres 	o representante se adjuntará a la der notarial corres que la persona sol ditando su represe	olicitante de la a legal acreditando solicitud. Asimi pondiente. icitante sea men entación mediante	yuda esté legalm o su representació ismo, si el repres or de edad no en	ón mediante sente sentante actuara nancipada, <u>la sol</u> i	a <u>la solicitud la firmará</u> el encia judicial o documento en nombre de una entidad icitud la firmará el padre o adjuntará a la solicitud.
Apellidos:	esentante y/o ent	idad:			
DNI: Telf.:					
Datos Bancarios	s (marcar con un	a X lo que corre	esponda):		
1- Habiendo la misma cuenta		o/a de las ayudas	en alguno de los	s ejercicios anteri	ores, solicito su abono en
corresponder, se		iente cuenta ban	caria de la que so	y titular (Es imp	a la ayuda que me pudiera rescindible aportar copia
IBAN:	F	Banco o caja:		Sucursal:	
D.C.:		Número de CC.:			

Datos a efectos de notificación y comunicación:		
Dirección:	Nº:	Piso:
Código Postal: Municipio:		
Territorio Histórico: País:		
Correo Electrónico:		
Relación de documentos que acompañan a la solicitud:		
☐ Documentación que acredita la condición de representante, en su caso.		
□ Copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria (solo en e	el caso de datos l	pancarios 2).
Consentimientos:		
Autorizo al órgano gestor de esta convocatoria para que se comprueben, constaten o verifiquer siguientes datos, tanto por medios electrónicos como por medios que estén disponibles:	n en la administ	ración competente los
 Datos relativos a la condición de asegurado como pensionista o persona beneficiaria del asegur Datos relativos a los ingresos (declaración IRFP o certificado de no estar obligado a su realizac Datos relativos a la situación legal de desempleo y a la condición de perceptor de la Renta de Datos relativos a la realización periódica del gasto objeto de la ayuda Datos relativos al reconocimiento de la asistencia sanitaria en el caso de personas que no beneficiaria del Sistema Nacional de Salud (Decreto 114/2012, de 26 de junio) 	ción) Garantía de Ingre	
Declaraciones Responsables:		
Declaraciones de compatibilidad Declaro que estoy recibiendo una ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concentidades privadas:	eedida por admir	istraciones públicas o
NO □ SI □ Importe €. En concepto de		<u>—</u>
Otras declaraciones Declaro que		
 No he recibido ninguna sanción, penal o administrativa, que me imposibilite obtener subvenciones expresa a las que se hayan producido por discriminación de sexo No estoy incurso/a en ningún procedimiento de reintegro o sancionador que, habiéndos subvenciones de la misma naturaleza concedidas por la Administración General de la Coorganismos autónomos, se halle todavía en tramitación o ha terminado el mismo Cumplo con los requisitos establecidos en la normativa vigente para poder obtener estas ayudos datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que la acompañan son verdaderos 	iones o ayudas p se iniciado en e omunidad Autóno das	oúblicas, con menciór el marco de ayudas o
Protección de Datos de carácter personal:		
En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protecció informa de que los datos que Vd. aporta serán incluidos en el fichero automatizado denominado " es la gestión de las ayudas reguladas por el Decreto 447/2013, de 19 de noviembre, por el que se adherencia a los tratamientos médicos prescritos.	'Ayudas de Adhe	rencia" cuya finalidad
El fichero está bajo la responsabilidad de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Depart pudiendo ejercitar ante la misma los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposic Donostia-San Sebastián, 1. 01010 Vitoria-Gasteiz.		
Los datos facilitados no serán objeto de cesión a terceras personas u organizaciones y se circunso las ayudas a las personas solicitantes por el Departamento de Salud.	cribe al uso excl	usivo de la gestión de
En, a de	de 20	018

_____(solicitante) Firmado: ______(representante)

Firmado: _