ALENTANDO FUTUROS

COLEGIO HUÉRFANOS HACIENDA
C/López de Hoyos, 155, 2º, Prta.1-28002 MADRID
Teléf. 917014900 - Fac 915219438
socios@ichh.net – www.ichh.net

SOLICITUD DE SOCIOS

IMPRESO MULTIUSOS

DATOS PERSONALES

DNI:	Nombre y apellidos del solicitante:			
Domicilio:				Localidad:
Cód. Postal:	Provincia:	Correo electrónico:		Tel./móvil:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:	Discapacidad: Sí _____ No_____ %	Cobertura sanitaria: Muface Seguridad Social

Centro:	Dirección:			
Localidad:	Cod. postal:	Provincia:	Tel./ext:	Grupo:

DNI Cónyuge	Nombre y apellidos del cónyuge:	Fecha de nacimiento de cónyuge:

Nombre y apellidos primer hijo:	DNI:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Discapacidad: SI: NO: %:
Nombre y apellidos segundo hijo:	DNI:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Discapacidad: SI: NO: %:
Nombre y apellidos tercer hijo:	DNI:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Discapacidad: SI: NO: %:
Nombre y apellidos cuarto hijo:	DNI:	Fecha de nacimiento	Sexo:	Discapacidad: SI: NO: %:

PETICIÓN QUE FORMULA

Alta: ☐ Excedencia: ☐ Incapacidad Permanente: ☐ Jubilación: ☐

Baja: Motivos personales: ☐. Hijos fuera de cobertura: ☐ No cumple mis expectativas: ☐ Otros: …….. ☐

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA

Altas Funcionarios o contratados laborales fijos:

— Toma de posesión o Certificado que justifique condición de funcionario de carrera o laboral fijo en Centros de la Hacienda Pública

Excedencia:

— Documento acreditativo cambio situación

Altas Cónyuges:

— Fotocopia del libro de Familia o documento oficial acreditativo de la vinculación familiar con el socio.

Jubilación o Incapacidad Permanente

— Justificante acreditativo de la jubilación

DATOS BANCARIOS (Obligatorio en caso de cónyuges y excedentes)

Cód. IBAN _____ Cód.Entidad _____ Cód Sucursal _____ Dígito Control _____

Número de Cuenta _____ Código BIC _____

DECLARACIÓN JURADA INFORMANDO SI EXISTEN PATOLOGÍAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS

¿Padece alguna patología o enfermedad crónica? Sí..... No .....

Especificar cuál, si procede_____ _____

Fecha del diagnóstico de la misma_____

Declaro bajo juramento que los datos arriba señalados son verídicos: **Firma del solicitante**

.....,a .....de ..... de..... REGISTRO DE ENTRADA

Firma del solicitante

La firma de este impreso supone la aceptación de la normativa interna del Colegio de Huérfanos de Hacienda.

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: COLEGIO DE HUERFANOS DE HACIENDA, C/ LOPEZ DE HOYOS, 155 2º 1 , CP 28002, Madrid (Madrid). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).