**Modelo de solicitud**

***Para entregar antes del 29 de septiembre de 2023***

Patronat de la Fundació Privada Catalana de l’Hemofília

Via Laietana, 57, 1r 1a

08003 Barcelona

Apreciados,

Conocedor de los servicios y prestaciones de la FPCH para el año 2023, me dirijo a ustedes como miembro de la Associació Catalana de l’Hemofília para solicitar (marcar con una cruz en la primera columna):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ayudas para **rehabilitación, gimnasio o piscina.** Aporto recibos pagados hasta el mes de septiembre (rellenar con importe de cada mes): Enero……………………………… Febrero…………………………………. Marzo…………………………………. Abril………………………………… Mayo …………………………………….. Junio…………………………………… Julio…………………………………. Agosto……………………………………. Septiembre………………………….* + Podré aportar recibo del mes de octubre y tendrá un importe de ............
	+ Podré aportar recibo del mes de noviembre y tendrá un importe de .............
	+ Podré aportar recibo del mes de diciembre y tendrá un importe de .............

\*Si los recibos no son mensuales deberéis especificar en cada recibo que enviéis a que meses corresponden. |
|  | Ayudas para **prótesis ortopédicas**  |
|  | Ayudas para la **reproducción asistida para portadoras de hemofilia**  |
|  | Ayudas para **prótesis dentales** solo para personas seropositivas al VIH  |
|  | Ayudas para la **reproducción asistida para parejas serodiscordantes por VIH**  |

Les adjunto **todos los comprobantes del gasto efectuado (recibos) y fotocopia del DNI** tanto de la persona beneficiaria de la ayuda, así como también el DNI del padre o madre, en caso de menor de edad.

Quedando a su disposición, atentamente,

Firma

Barcelona, …………, de …………………………………………………………… de 2023

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: |
| DNI: | Tipo de hemofilia: | Grado: |
| ¿Está en profilaxis? | Hospital donde se trata: |
| Dirección: | Población: |
| Código postal: | Teléfono: |
| Email:  |
| En caso de menor de edad, nombre y apellidos del padre o madre, que vendrá a recoger la ayuda y DNI: |

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En BARCELONA, a ......... de ................................. de 2023

DATOS PERSONALES:

Nombre: ……………..........…………… Apellidos: ……………................………………………...…………………

NIF: …………………............…………… Fecha de nacimiento: ………………...…………….…………..

Teléfono: ……………...........................…………. Correo electrónico: …….……………………….......……....

Dirección completa: …………………………………………………………………………………………….……….………...

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (RGPD), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), y la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal, familiar y a la propia imagen le comunicamos que los datos facilitados se incorporan y son tratados bajo la responsabilidad de la FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA con CIF G59854836 y domicilio social en VÍA LAIETANA 57, 1º 1ª - 08003 - BARCELONA (BARCELONA), con el fin poderle prestar los servicios solicitados, así como el mantenimiento de la relación contractual que en su caso se establezca. FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA se compromete a tratar sus datos de forma leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta, siendo cancelados tras el cumplimiento del periodo establecido legalmente y a no comunicar o ceder dicha información a terceros, exceptuando que esta comunicación sea necesaria o pueda suponer una mejora para la finalidad de los mismos, y que no menoscabe o vulnere bajo ningún supuesto las libertades y derechos fundamentales de los usuarios de los servicios ofrecidos y en particular el derecho a la protección de los datos de carácter personal y/o con la finalidad de cumplir el objeto del contrato.

En el supuesto de que se produzcan cambios en alguno de los datos facilitados, usted se compromete a notificarlos y da su consentimiento para hacer uso de ellos.

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o prestación del servicio durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades. Asimismo, le informamos de la posibilidad que tiene de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, mediante un escrito dirigido a FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA con dirección en VÍA LAIETANA 57, 1º 1ª - 08003 - BARCELONA (BARCELONA), o bien al correo electrónico info@hemofilia.cat. Además, pone en conocimiento los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos de la empresa, tanto el correo electrónico info@normatiza.es como el teléfono 663 611 822.

**En caso de que el interesado sea menor.**

Con la firma de este documento, usted da su consentimiento expreso, voluntaria y libremente, actuando como padre/madre o tutor/a legal de el/la menor. Así mismo, reconoce expresamente que FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA le ha informado de la necesidad de comunicar al otro padre/madre (si corresponde), respecto al consentimiento otorgado, para lo cual se compromete a comunicárselo, eximiendo a FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA de realizar tal comunicación por expresado motivo.

PADRE/MADRE TUTOR/A: ……………………………………………………………………………………. NIF: ……………………………