



**SOL·LICITUD D'AJUDA PER A
PERSONES AMB MALALTIA
CELÍACA**

DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat
País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)
Consenteixo que les notificacions i comunicacions d' aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics Adreça de correu electrònic: _____@_____			

DADES DE LA PERSONA CAUSANT

(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/Doc. Identitat (UE)	Cognoms	Nom
Indiqueu si heu percebut ajut per a aquest programa en la convocatòria anterior : Sí NO		

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

DADES DE NOTIFICACIÓ (A emplenar voluntàriament)

IBAN	BANC	SUCURSAL	D.C	Nº COMPTE	Carrer/ plaça i número	
					Codi postal	Localitat
					Provincia	País

D'acord amb l'article 13 del RGPD (UE) 2016/679, del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 i amb l'article 11 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, s'informa que les dades de caràcter personal que es facilitin mitjançant el present formulari seran tractades amb la finalitat de gestionar la seva sol·licitud de prestació social. De conformitat amb el que es preveu en l'article 21.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, s'informa que, amb la recepció de la present sol·licitud en qualsevol registre de MUFACE es procedeix a la incoació d'expedient administratiu que haurà de ser resolt en el termini de dos mesos mitjançant resolució expressa, sent estimatoris per silenci administratiu els efectes de la falta de resolució expressa en el citat termini. Per a obtenir major informació sobre el procediment al fet que dona lloc la seva sol·licitud, podrà dirigir-se al seu Servei Provincial de MUFACE.

Per a la resolució d'aquest procediment la Mutualitat podrà recaptar, consultar o verificar les dades que siguin precisos en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art.28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament.

Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió de dades, així com la resta de drets en matèria de protecció de dades davant el responsable del tractament: titular del Departament de Prestacions Socials.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" y "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .

*Lloc, data i firma de la persona sol·licitant, o del seu representant,
degudament acreditat/da (art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre)*

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Informe del facultatiu pertanyent a l' entitat concertada o Servei Públic de Salut al qual estigui adscrita la persona causant en què acrediti la malaltia celíaca patida per la persona beneficiària, segons imprès DPS 34602 disponible a la pàgina web de MUFACE.

(Estaran exemptes de la presentació del dit informe les persones a qui es va concedir l' ajut per aquest programa en la convocatòria de l' any anterior)