

**SOLICITUDE DE AXUDA PARA  
PERSOAS CON ENFERMIDADE  
CELÍACA**

DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE			
Número de afiliación	Primeiro apellido	Segundo apellido	Nome
Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade
País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Doc. Identidad (UE)
Consiento que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos.			
Dirección de correo electrónico: _____@_____			

DATOS DA PERSOA CAUSANTE <i>(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")</i>		
NIF/Pasaporte/Doc. Identidad (UE)	Apelidos	Nome
Indique se percibiu axuda para este programa na convocatoria anterior    SI                    NO		

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA					DATOS PARA A NOTIFICACIÓN <i>(a cumprir voluntariamente)</i>		
IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CONTA	Rúa/ praza e número		
					Código postal	Localidade	
					Provincia	País	

De acordo co artigo 13 do RXP (UE) 2016/679, do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 e co artigo 11 da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Privados e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter privado que se faciliten mediante o presente formulario serán tratados coa finalidade de xestionar a súa solicitude de prestación social. De conformidade co previsto no artigo 21.4 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, infórmase que, coa recepción da presente solicitude en calquera rexistro de MUFACE procédese á incoación de expediente administrativo que deberá ser resolto no prazo de dous meses mediante resolución expresa, sendo estimatorios por silencio administrativo os efectos da falta de resolución expresa no citado prazo. Para obter maior información sobre o procedemento a que dá lugar a súa solicitude, poderá dirixirse ao seu Servizo Provincial de MUFACE.

Para a resolución deste procedemento a Mutualidade poderá solicitar, consultar ou verificar os datos que sexan precisos na Plataforma de Intermediación de Datos (art.28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar a súa oposición expresa e xustificadamente.

Pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como o resto de dereitos en materia de protección de datos ante o responsable do tratamento: titular do Departamento de Prestacións Sociais.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE

*Lugar, data e signatura da persoa solicitante, ou do seu representante,  
debidamente acreditado/a (art. 5 da Lei 39/2015, do 1 de outubro)*

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE
<p>➤ Informe do facultativo pertencente á entidade concertada ou Servizo Público de Saúde ao que estea adscrita a persoa causante na que acredite a enfermidade celíaca padecida pola persoa beneficiaria, segun do impreso DPS 34602 dispoñible na páxina web de MUFACE.</p> <p><i>(Estarán exentas da presentación do devandito informe as persoas ás que se concedeu a axuda por este programa na convocatoria do ano anterior)</i></p>