

SOLICITUD DE AYUDA POR FALLECIMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR FALLECIDO

NOMBRE Y APELLIDOS		COLECTIVO	D.N.I.
		Laboral fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO/ LOCALIDAD	PROVINCIA / ZONA	FECHA NACIMIENTO	FECHA DEFUNCION

DATOS DEL SOLICITANTE (Según orden de prelación establecido en la convocatoria: Cónyuge, hijo autorizado para el cobro o representante legal)

NOMBRE Y APELLIDOS	RELACION CON EL FALLECIDO	D.N.I.		
DOMICILIO				
CALLE _____ Número _____ Escalera, piso, letra _____ LOCALIDAD _____ C.P. _____ PROVINCIA _____ TLFN. MOVIL _____ TLFNO. FIJO _____				
DATOS BANCARIOS				
IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D. C.	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LOS HIJOS EN EL CASO DE EXISTIR VARIOS CON DERECHO A PERCIBIR LA AYUDA

Detallar nombre y apellidos, fecha de nacimiento y DNI, consignando en primer lugar el autorizado para el cobro.			
D./Dª _____	Fecha de Nacimiento _____	DNI _____	
D./Dª _____	Fecha de Nacimiento _____	DNI _____	
D./Dª _____	Fecha de Nacimiento _____	DNI _____	
D./Dª _____	Fecha de Nacimiento _____	DNI _____	
D./Dª _____	Fecha de Nacimiento _____	DNI _____	

Declaro que no he omitido ningún dato de interés a efectos de la presente solicitud y que son ciertos cuantos quedan expresados.

En _____ a _____ de _____ de 2017

Firmado _____

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

Fotocopia certificado de defunción	
Fotocopia del libro de familia	
Fotocopia DNI solicitante y documento acreditativo en caso de representante legal	
En caso de varios hijos con derecho a percibir la ayuda, fotocopia de todos los DNI y autorización de cobro en favor de uno de ellos	

El solicitante autoriza expresamente a Correos y Telégrafos para que los datos personales recogidos en el presente formulario, sean incorporados a un fichero automatizado del que es titular responsable la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A., S.M.E a los efectos del tratamiento que resulte necesario con los fines de la presente solicitud. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, dirigiendo escrito a la Dirección de Recursos Humanos de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A., S.M.E. Vía Dublin nº 7. 28042 Madrid.

_____ **JEFATURA DE RR.LL. / RR.HH. DE** _____ **DIRECCIÓN DE ZONA** _____