



## DISCAPACIDADES, ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O GERIÁTRICAS

Art.22 R.A.S

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		N.I.F./N.I.E		CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DIRECCIÓN PARTICULAR			TELÉFONO TRABAJO		TELÉFONO PARTICULAR
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
VINCULACIÓN CON LA UNIVERSIDAD					
PAS <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO DE CARRERA <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO INTERINO <input type="checkbox"/> LABORAL FIJO <input type="checkbox"/> LABORAL EVENTUAL <input type="checkbox"/>		PDI <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO DE CUERPOS DOCENTES <input type="checkbox"/> CONTRATADO DOCTOR/COLABORADOR <input type="checkbox"/> CONTRATADO DOCTOR INTERINO <input type="checkbox"/> AYUDANTE/PSI <input type="checkbox"/>			
JUBILADO <input type="checkbox"/>		COMISIÓN DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>		OTROS (Especificar) <input type="text"/>	

### SUJETO CAUSANTE DEL GASTO

APELLIDOS		NOMBRE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
N.I.F./N.I.E	VINCULACIÓN		FECHA NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

### TRATAMIENTO REALIZADO

A efectos de acreditación de la renta general de la unidad familiar, los abajo firmantes declaran responsablemente que cumplen con sus obligaciones tributarias, así como que autorizan expresamente a la UCO para que recabe de la A.E.A. T toda la información de carácter tributario del ejercicio anterior. Esta autorización debe estar firmada por todos los miembros de la unidad familiar, y en caso de que éstos sean más de dos, se cumplimentará el documento "DCT RENTA", disponible en la página web de Acción Social.

APELLIDO		NOMBRE		APELLIDO		NOMBRE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
D.N.I	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO		D.N.I	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Firma <input type="text"/>				Firma <input type="text"/>			

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal, la Universidad de Córdoba, le informa de que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario y demás que se adjunta va a ser incorporado para su tratamiento a un fichero automático. Así mismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad gestionar el proceso de solicitud. De acuerdo con la citada ley Orgánica, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, y oposición dirigiéndose a la Universidad de Córdoba.

#### DECLARACIÓN JURADA

D. /Dña \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ juro/prometo que en los datos consignados en todos los apartados de este impreso no existen falsedades, y que soy consciente de lo establecido en el art. 8 del Reglamento de Acción Social, así como que no incurriré en ninguno de los casos de incompatibilidad previstos en el art. 7 del Reglamento de Acción Social.  
En caso de haber percibido alguna ayuda por otro Organismo por este concepto, indicar la cantidad: ( \_\_\_\_\_ €)

Córdoba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ACCIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**