**Model de sol·licitud**

***Entregar abans del 29 de setembre de 2023***

Patronat de la Fundació Privada Catalana de l’Hemofília

Via Laietana, 57, 1r 1a

08003 Barcelona

Benvolguts,

Coneixedor dels serveis i prestacions de la FPCH per l’any 2023, em dirigeixo a vostès com a membre de l’Associació Catalana de l’Hemofília per sol·licitar (marcar amb una creu la primera columna):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ajudes per a la **rehabilitació, gimnàs o piscina.** Aporto rebuts pagats fins al mes de setembre (omplir amb l’import de cada mes):  Gener.................................. Febrer................................... Març....................................  Abril..................................... Maig...................................... Juny.......................... ............ Juliol.................................... Agost.................................... Setembre.............................   * + Podré aportar rebut del mes d’octubre i tindrà un import de ............   + Podré aportar rebut del mes de novembre i tindrà un import de .............   + Podré aportar rebut del mes de desembre i tindrà un import de .............   \*Si els rebuts no són de caire mensual ens heu d’especificar de cada rebut que envieu a quins mesos correspon. |
|  | Ajudes per **a pròtesi ortopèdiques** |
|  | Ajudes per a la **reproducció assistida per a dones portadores d’hemofília** |
|  | Ajudes per a **pròtesi dentals** només per a persones seropositives al VIH |
|  | Ajudes per la **reproducció assistida per a parelles serodiscordants (VIH)** |

Els adjunto **tots els comprovants de la despesa efectuada (rebuts) i fotocòpia del DNI** de la persona beneficiària de l’ajuda, així com també el DNI del pare o mare, en cas de menor d’edat.

A la seva disposició, atentament,

Signatura

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

**Dades personals de la persona beneficiària**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom: | Cognoms: | | |
| DNI: | Tipus d’hemofília: | | Grau: |
| Està en profilaxi? | Hospital on es tracta: | | |
| Adreça: | | Població: | |
| Codi postal: | | Telèfon: | |
| Email: | | | |
| En cas de menor d’edat, nom i cognoms del pare o mare, qui vindrà a recollir l’ajuda i DNI | | | |

**CONSENTIMENT DE TRACTAMENT DE DADES PERSONALS**

A BARCELONA, a ......... de ................................. de 2023

DADES PERSONALES:

Nom: ……………..........…………… Cognoms: ……………................………………………...…………………

NIF: …………………............…………… Data de naixement: ………………...…………….…………..

Telèfon: ……………...........................…………. Correu electrònic: …….……………………….......……....

Adreça completa: …………………………………………………………………………………………….……….………...

En compliment del que estableix el Reglament (UE) 2016/679, de 27 d’abril (RGPD), i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre (LOPDGDD), i la Llei Orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre protecció civil del dret a l´honor, a la intimitat personal, familiar i a la pròpia imatge li comuniquem que les dades s’incorporen i són tractades sota la responsabilitat de la FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA amb CIF G59854836 i domicili social a VIA LAIETANA 57, 1r 1a - 08003 - BARCELONA (BARCELONA), amb la finalitat de poder prestar-li els serveis sol·licitats, així com el manteniment de la relació contractual que en el seu cas s’estableixi. FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA es compromet a tractar les seves dades de forma legal, transparent, adequada, pertinent, limitada, exacta, sent cancel·lades després de l´acompliment del període establert legalment i a no comunicar o cedir aquesta informació a tercers, exceptuant que aquesta comunicació sigui necessària o pugui suposar una millora per a la finalitat de les mateixes, i que no menyscabi o vulneri sota cap cas les llibertats i drets fonamentals de les persones usuàries dels serveis oferts i en particular el dret a la protecció de les dades de caràcter personal i/o amb la finalitat d’acomplir l’objecte del contracte.

En cas que es produeixin canvis en alguna de les dades facilitades, vostè es compromet a notificar-los i dona el seu consentiment per fer-ne us.

Les dades proporcionades es conservaran mentre es mantingui la relació comercial o prestació del servei durant el temps necessari per a acomplir amb les obligacions legals i atendre les possibles responsabilitats. De la mateixa manera, l’informem de la possibilitat que té d’exercir els drets d’accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament i portabilitat, mitjançant un escrit adreçat a FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA amb adreça a VIA LAIETANA 57, 1r 1a - 08003 - BARCELONA (BARCELONA), o bé al correu electrònic info@hemofilia.cat. A més, posem en coneixement les dades de contacto del Delegat de Protecció de Dades de la empresa, tant el correu electrònic info@normatiza.es com el telèfon 663 611 822.

**En caso que la persona interessada sigui menor.**

Amb la signatura d’aquest document, vostè dona els seu consentiment exprés, voluntària i lliurement, actuant com a pare/mare o tutor/a legal de el/la menor. De la mateixa manera, reconeix expressament que FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA l’ha informada de la necessitat de comunicar a l’altre pare/mare (si correspon), respecte el consentiment atorgat, per la qual cosa es compromet a comunicar-li, eximint a FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFILIA de realitzar tal comunicació per expressat motiu.

PARE/MARE TUTOR/A: ……………………………………………………………………………………. NIF: ……………………………