



## FORMULARIO DE SOLICITUD Ayudas Asistenciales Individualizadas

N.º de Socio:

Nombre y apellidos:

N.º de cuenta:

Ayuda a domicilio	<input type="checkbox"/>
Ayuda de teleasistencia	<input type="checkbox"/>
Ayuda para tratamiento médico	<input type="checkbox"/>
Ayuda de baja por enfermedad para autónomos	<input type="checkbox"/>
Ayuda de baja por maternidad para autónomas	<input type="checkbox"/>
Ayuda para estancia temporal en residencia	<input type="checkbox"/>
Ayuda para estancia temporal por convalecencia	<input type="checkbox"/>
Otros	

Fecha y Firma

**Cláusula de protección de datos:** De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica de Protección de Datos, le informamos de que los datos personales, incluyendo los datos de salud, recabados en el presente formulario y mediante los informes que se adjunten, pasarán a formar parte de los ficheros automatizados y manuales de CEDRO, y serán tratados con la finalidad de gestionar correctamente las prestaciones y ayudas asistenciales solicitadas, así como para gestionar y mantener la relación vigente.

Por medio de la firma del presente formulario, usted se compromete a comunicar cualquier modificación de los datos personales facilitados y autoriza a CEDRO a mantener sus datos con fines de archivo incluso una vez concluida la relación.

En cualquier momento, usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición respecto de sus datos personales, dirigiéndose por escrito a CEDRO (Monte Esquinza, 14 – 28010 Madrid), adjuntando fotocopia de su DNI o pasaporte.