

**DATOS PERSONALES (OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS)**

Apellidos y Nombre	D.N.I.	Nº de Control
<hr/>		
Puesto de Trabajo	Grupo	Servicio o Dependencia Municipal
<hr/>		
Dirección del Lugar de Trabajo	Código Postal	Teléfono
<hr/>		
Dirección del Domicilio	Población	Código Postal
<hr/>		
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>		
Nombre y Apellidos		
<small>(Si no es el titular de la prestación debe presentar declaración de la renta o justificante tributario de ingresos anuales de cualquier tipo, inferiores al doble de S.M.I.)</small>		
Relación con el titular		Fecha de nacimiento
<hr/>		

**SOLICITUD**

De conformidad con los vigentes "Pacto de aplicación al personal funcionario" o "Convenio de aplicación al personal laboral", solicito al abono que me corresponda.

**Por AYUDA SANITARIA (acompañó factura original y prescripción médica)**

**Dentaria**     
  **Ocular**     
  **Ortopédica**     
  **Otra**

**Declaro bajo mi responsabilidad que la persona cuyos datos se consignan:**

- Vive conmigo y a mis expensas.**
- No realiza trabajo remunerado alguno, no percibe renta patrimonial ni pensión Alguna, superiores al doble del salario mínimo interprofesional de los trabajadores.**

Zaragoza, a ..... de ..... de 20 .....

Firma del solicitante

Excmo. Sr. Alcalde de Zaragoza

**ESPACIO A RELLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL SERVICIO DE RELACIONES LABORALES**

<b>Importe a abonar</b> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<b>Autorización por el Servicio de Relaciones Laborales</b>
--	---

**DATOS PERSONALES (OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS)**

Apellidos y Nombre		D.N.I.	Nº de Control
Puesto de Trabajo	Grupo	Servicio o Dependencia Municipal	
Dirección del Lugar de Trabajo		Código Postal	Teléfono
Dirección del Domicilio	Población	Código Postal	Teléfono

  

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>			
Nombre y Apellidos (Si no es el titular de la prestación debe presentar declaración de la renta o justificante tributario de ingresos anuales de cualquier tipo, inferiores al doble de S.M.I.)		Relación con el titular	Fecha de nacimiento

**SOLICITUD**

De conformidad con los vigentes "Pacto de aplicación al personal funcionario" o "Convenio de aplicación al personal laboral", solicito al abono que me corresponda.

Por **AYUDA SANITARIA** (acompañó factura original y prescripción médica)

Dentaria       Ocular       Ortopédica       Otra

Declaro bajo mi responsabilidad que la persona cuyos datos se consignan:

- Vive conmigo y a mis expensas.
- No realiza trabajo remunerado alguno, no percibe renta patrimonial ni pensión Alguna, superiores al doble del salario mínimo interprofesional de los trabajadores.

Zaragoza, a ..... de ..... de 20 .....

Firma del solicitante

Excmo. Sr. Alcalde de Zaragoza

**ESPACIO A RELLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL SERVICIO DE RELACIONES LABORALES**

Importe a abonar

Autorización por el Servicio de Relaciones Laborales