



**SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL  
PRESTACIÓN EDUCACIONAL MENOR DE 21 AÑOS**  
**Enviar al Colegio de Médicos de su provincia antes del**  
**31 de diciembre de 20..**

Colegio de Médicos de \_\_\_\_\_

Ref. nº \_\_\_\_\_

D./D<sup>a</sup> (1) \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ al mantenerse las circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación del huérfano/a (2) \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, solicita le sea concedida una prórroga para el año 20.. en la **prestación educacional** que viene percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

*De conformidad con la L.O. 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, debemos informarle que los datos que nos proporciona forman parte de ficheros responsabilidad de esta Fundación para la gestión y pago de las ayudas, por lo que serán comunicados a los Colegios Médicos Provinciales y Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales, con la confidencialidad y medidas de seguridad exigidas por la normativa.*

*Podrá ejercitar, en relación con sus datos personales, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de esta Fundación.*

*Por la firma de este documento da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba indicados.*

A la espera de la concesión de la prórroga, le saluda atentamente,

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_ de octubre de 20..

Firma (1)

Ilmo. Sr. Presidente de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.

\_\_\_\_\_

A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio**.

El nuevo domicilio familiar es:

D./D<sup>a</sup> (1) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_.

(1) **Padre, madre o tutor.**

(2) **Nombre y apellidos del huérfano/a.**