

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA EL APOYO ECONÓMICO A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, EN LA DISPENSACIÓN FARMACEÚTICA HOSPITALARIA DE TIPO AMBULATORIO. EN LA CIUDAD DE MELILLA.

Nombre										Apellidos									
DNI/NIE					Teléfonos										Correo electrónico				
NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE																			

Nombre		Apellidos	
DNI/NIE	Teléfonos		Correo electrónico

Calle/Plaza/Avda.		Nombre de la vía pública			
Número	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Municipio

1. Ser usuario de dispensación farmacéutica hospitalaria de tipo ambulatorio, sometida a aportación económica.
2. Haber abonado en concepto de adquisición de medicamentos con reservas singulares establecidas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los Servicios de farmacia de los hospitales por un importe de _____ €.
3. Aceptar las Bases Regulatoras para la concesión de SUBVENCIÓN PARA EL APOYO ECONÓMICO A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, EN LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA DE TIPO AMBULATORIO, EN LA CIUDAD DE MELILLA.

PRIMERA SOLICITUD	
☐	DNI/ Tarjeta de Residencia en vigor.
☐	Declaración responsable de estar al corriente de las obligaciones tributarias, con la Ciudad Autónoma, la Agencia Tributaria y la Seguridad Social y de no hallarse incurso en algunas de las circunstancias o prohibiciones previstas en el artículo 13.2 y 3 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (Anexo II).
☐	Certificado de la condición de enfermo sometido a tratamiento crónico.
☐	Factura/s o documento/s acreditativo/s del abono de la aportación económica realizada en el servicio farmacéutico del Hospital.
SUCESIVAS SOLICITUDES	
☐	Factura/s o documento/s acreditativo/s del abono de la aportación económica realizada en el servicio farmacéutico del Hospital.
☐	Declaración responsable de estar al corriente de las obligaciones tributarias, con la Ciudad Autónoma, la Agencia Tributaria y la Seguridad Social y de no hallarse incurso en algunas de las circunstancias o prohibiciones previstas en el artículo 13.2 y 3 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (Anexo II).

Ser beneficiario de la concesión de la SUBVENCIÓN PARA EL APOYO ECONÓMICO A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, EN LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA DE TIPO AMBULATORIO, EN LA CIUDAD DE MELILLA en la cuantía de €

En Melilla a, de de

Fdo.:

☐ Consiente el tratamiento de los datos personales de este formulario para los fines recogidos en el mismo.

PROTECCIÓN DE DATOS: La Dirección General de Salud Pública es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado "**Expedientes Sanitarios**". La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** del tratamiento es el consentimiento del afectado e interés público, marcando la casilla destinada al efecto. Los datos sólo podrán ser **cedidos** a terceros cuando ello resulte necesario por motivos de control o gestión de sus competencias y al amparo de una norma que lo legitime. Los **derechos** de los interesados relacionados en los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 podrán ejercerse utilizando los medios recogidos en la [Política de Privacidad de la Ciudad Autónoma de Melilla](#). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos <https://sede.melilla.es> y en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) indicados anteriormente en esta página.



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

ANEXO II

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ESTAR AL CORRIENTE DE LAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS, CON LA CIUDAD AUTÓNOMA, LA AGENCIA TRIBUTARIA Y LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE NO HALLARSE INCURSO EN ALGUNAS DE LAS CIRCUNSTANCIAS O PROHIBICIONES PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 13.2 Y 3 DE LA LEY 38/2003, DE 17 DE NOVIEMBRE, GENERAL DE SUBVENCIONES.

Don _____ con DNI/TR nº _____, en nombre
propio, con domicilio en _____

enterado de la convocatoria para la concesión de **SUBVENCIONES PARA EL APOYO ECONÓMICO A PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICAS, EN LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA DE TIPO AMBULATORIO, EN LA CIUDAD DE MELILLA** y aceptando íntegramente el contenido de sus bases reguladoras, declara bajo su responsabilidad que:

- se encuentra al corriente de sus obligaciones de pago con la Ciudad Autónoma de Melilla, con la Agencia Tributaria y con la Seguridad Social.
- no se encuentra comprendido en ninguna de las circunstancias o prohibiciones que se establecen en los artículos 13.2 y 3 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

En Melilla a, ____ de _____ de _____
Firma del solicitante

☐ Consiente el tratamiento de los datos personales de este formulario para los fines recogidos en el mismo.

PROTECCIÓN DE DATOS: La Dirección General de Salud Pública es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado "Expedientes Sanitarios". La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** del tratamiento es el consentimiento del afectado e interés público, marcando la casilla destinada al efecto. Los datos sólo podrán ser **cedidos** a terceros cuando ello resulte necesario por motivos de control o gestión de sus competencias y al amparo de una norma que lo legitime. Los **derechos** de los interesados relacionados en los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 podrán ejercerse utilizando los medios recogidos en la [Política de Privacidad de la Ciudad Autónoma de Melilla](#). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos <https://sede.melilla.es> y en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) indicados anteriormente en ésta página.