



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

## ANEXO I INFORME MÉDICO

D./Dña. ....

con nº de colegiado/a ....., a solicitud del/de la interesada  
y para su presentación ante la Consejería de Economía y Políticas Sociales de la Ciudad  
Autónoma de Melilla,

### INFORMO

Que D./Dña. ....

con DNI/NIE ..... es celíaco/a ó intolerante al gluten, con fecha de diagnóstico  
de la citada enfermedad celíaca .....

En Melilla, a ..... de ..... de .....

Fdo.: .....



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

## ANEXO II

### AUTORIZACIÓN DEL/A INTERESADO/A PARA QUE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA PUEDA RECABAR DATOS TRIBUTARIOS A LA AGENCIA TRIBUTARIA Y DE LA DIRECCION GENERAL TRIBUTARIA DE LA CAM

Las personas abajo firmantes autorizan a la Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Melilla, a solicitar de la Administración Tributaria estatal y local competente y a la Dirección General del Catastro, información de naturaleza tributaria o catastral para el reconocimiento, seguimiento y control de **SOLICITUD DE AYUDAS DESTINADAS A FAMILIAS EN CUYO AMBITO EXISTAN UNO O MAS ENFERMOS/AS CELIACOS/AS O CON INTOLERANCIA AL GLUTEN**, siendo beneficiario o posible beneficiario la persona que figura en el **apartado A (SOLICITANTE)** de la presente autorización.

La presente autorización se otorga a los efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la subvención y/o ayuda mencionada anteriormente, y en aplicación de lo dispuesto en la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, por la que permite, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones.

**INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y CATASTRAL AUTORIZADA: DATOS QUE POSEA LA AGENCIA TRIBUTARIA DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS DEL EJERCICIO 2015 Y LA DIRECCION GENERAL TRIBUTARIA Y LA DIRECCIÓN GENERAL DEL CATASTRO SOBRE LOS BIENES DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL SOLICITANTE CUYOS INGRESOS SON COMPUTABLES PARA EL RECONOCIMIENTO, SEGUIMIENTO O CONTROL DE LA AYUDA.**

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	FIRMA
SOLICITANTE			

**IMPORTANTE: FIRMAR ÚNICAMENTE LOS MAYORES DE 18 AÑOS.**

En la Ciudad de Melilla, a ..... de ..... de .....

Nota: La autorización concedida por el firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al órgano autorizado.

Han de consignarse los datos de **TODOS** los miembros que componen la unidad familiar y los mayores de 18 años además han de firmarlo.

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

**PROTECCIÓN DE DATOS:** La Dirección General de Servicios Sociales es la responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado "**Prestaciones Sociales Relacionadas con la Salud**". La finalidad del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La legitimación 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 SERVICIOS SOCIALES

## ANEXO IV

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don ..... con DNI nº .....,  
 en nombre propio, con domicilio en .....,  
 SOLICITANTE de la convocatoria para la concesión de **subvención de ayudas económicas destinadas a sufragar convocatoria de ayudas destinadas a familias en cuyo ámbito existan uno o más enfermos/as celíacos/as o con intolerancia al gluten** declara bajo su responsabilidad que está al corriente del pago, tanto de sus obligaciones tributarias como de la Seguridad Social y 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. Y para que así conste a los efectos oportunos, firma la presente acta de declaración responsable.

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 Servicios Sociales es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado "**Prestaciones Sociales Relacionadas con la Salud**". La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** 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.