



Solicitud Becas FAM para Tratamientos Turner

Fecha en que se remite la solicitud:

Solicitante con síndrome de Turner

Nombre:

Apellidos:

Edad:

DNI:

Residente en:

Madre /Padre/Otro (indicar _____) que realiza solicitud en su nombre

Nombre:

Apellidos:

Edad:

DNI:

Socio ASTM

Indicar quién es socio de la ASTM (solicitante, padres, otros):

Detalles Becas

Indicar para qué se solicita (tipo de tratamiento, número de sesiones, inversión por sesión que realiza la familia, número de sesiones para las que se solicita ayuda, fechas, etc). Si está fuera de la lista recogida en las condiciones de participación, por favor incluir justificación de la solicitud de una excepción a la misma.

Información relevante

¿Tiene su hija una discapacidad reconocida? En caso afirmativo, por favor especificar.

Si considera que su familia entra dentro de la descripción 'familia vulnerable' (miembro en paro, elevados gastos por tratamientos médicos de un familiar, salario mínimo, etc), por favor indicar para que se pueda tener en cuenta.



¿Otra información que considera que deberíamos conocer?

Responsable del Tratamiento: ASOCIACIÓN SÍNDROME DE TURNER MADRID con domicilio en C/ Maiquez, 38 7 b Izq - 28009 Madrid y correo [electrónico: asociacionturnermadrid@gmail.com](mailto:asociacionturnermadrid@gmail.com)

Finalidad del Tratamiento: Los datos personales facilitados en la solicitud de la beca serán tratados con la única finalidad de gestionar la concesión de ayudas económicas para tratamientos no cubiertos por la Sanidad y otras Administraciones Públicas, así como para cumplir con las obligaciones legales derivadas de la concesión de dichas becas.

Base Legal del Tratamiento:

- Interés público en el ámbito de la protección social y educativa.
- Consentimiento explícito del solicitante o de su representante legal para el tratamiento de datos de salud o datos especialmente protegidos.

Datos Recopilados:

- Datos identificativos del solicitante y del menor beneficiario.
- Datos relativos a la situación socioeconómica.
- Información sobre el tratamiento solicitado y facturas justificativas.

Plazo de Conservación: Los datos personales se conservarán durante el tiempo necesario para la gestión y concesión de la beca y, posteriormente, durante el período exigido por las normativas legales aplicables.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal o en caso de ser necesario para la gestión de la beca.

Derechos de los Solicitantes: Los solicitantes o sus representantes legales podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento de datos dirigiéndose a [Entidad Responsable] a través del correo [Email de contacto].

Autorización para el Tratamiento de Datos Sensibles:

Dado que esta beca implica el tratamiento de datos de salud y situación socioeconómica, **se requiere el consentimiento expreso del solicitante o de su representante legal:**

(Marcar con una "X" si se acepta a continuación, el tratamiento de los datos)

Acepto el tratamiento de los datos personales y de salud facilitados en la solicitud, en los términos establecidos en la presente cláusula.

Firma del solicitante o tutor legal: _____ *Fecha:* // _____

Para más información sobre el tratamiento de sus datos, puede contactar con Leticia Mariátegui Valdés a través del email asociacionturnermadrid@gmail.com.