

DATOS PERSONALES (OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS)

Apellidos y Nombre	D.N.I.	Nº empleado/a
Puesto de Trabajo	Servicio o Dependencia Municipal	
Dirección del Lugar de Trabajo	Dirección de correo electrónico	Teléfono

DATOS DEL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

Apellidos y Nombre	Relación con el titular	Fecha de nacimiento
Apellidos y Nombre	Relación con el titular	Fecha de nacimiento
Apellidos y Nombre	Relación con el titular	Fecha de nacimiento

DOCUMENTACIÓN APORTADA (Ver Pacto/Convenio)

Factura original y prescripción médica (obligatorio en todos los casos).....

Justificante de relación o parentesco (cuando el beneficiario no sea el titular).....

Ingresos brutos anuales o declaración de la renta (cuando el beneficiario no sea el titular).....

Otros (especificar): _____

SOLICITUD

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

(Marcar opción u opciones y la cantidad)

CONCEPTO	Seleccionar
Cristales normales	<input type="checkbox"/>
Cristales progresivos	<input type="checkbox"/>
Cristales bifocales	<input type="checkbox"/>
Montura	<input type="checkbox"/>
Lentillas	<input type="checkbox"/>
Prótesis dental completa	<input type="checkbox"/>
Prótesis dental superior o inferior	<input type="checkbox"/>
Cada pieza	<input type="checkbox"/>
Desvitalización	<input type="checkbox"/>
Empastes	<input type="checkbox"/>
Tartrectomía (limpieza de boca)	<input type="checkbox"/>
Audífonos	<input type="checkbox"/>
Sillas de ruedas	<input type="checkbox"/>
Material de ortopedia (ver Pacto/Convenio)	<input type="checkbox"/>
Ortodoncias	<input type="checkbox"/>
Periodoncias	<input type="checkbox"/>
Corrección visual láser o medios alternativos	<input type="checkbox"/>

Otra (especificar): _____

Excmo. Sr. Alcalde de Zaragoza

Firma del solicitante