



Ilustre Consejo General
de

Colegios de Odontólogos y Estomatólogos

Villanueva, 11
Tel. 91 5770635
Fax 91 5770639
28001 Madrid

FONDO DE AYUDA A VEJEZ E INVALIDEZ

SOLICITUD DE AYUDA

DON/DOÑA:.....
que se halla en posesión del título de.....
incorporado el Colegio de la Región desde.....
con edad de años y años de ejercicio profesional.

SOLICITA que en atención a las circunstancias que a continuación expone se le declare beneficiario de la Ayuda a Vejez e Invalidez establecida por ese Consejo General en la cuantía que le corresponde.

CIRCUNSTANCIA PERSONALES

Cargos desempeñados en el Colegio
No entiendo lo que pone

Pertenecido:.....
.....

Detalle de los derechos pasivos que percibe por razón de jubilación o inutilidad:.....
.....

Ídem de previsión Sanitaria Nacional:.....

Medios de vida ajenos a la profesión en la actualidad:.....
.....

Rentas de capital propio o de cónyuge; cuantías:.....
.....

Familiares económicamente a su cargo:.....
.....

No puede ejercer la profesión por:.....
.....

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

Firma,



Ilustre Consejo General
de

Colegios de Odontólogos y Estomatólogos

Villanueva, 11
Tel. 91 5770635
Fax 91 5770639
28001 Madrid

**DECLARACION JURADA DE INGRESOS PARA SOLICITUD DEL FONDO SOCIAL
DE "AYUDA DE VEJEZ E INVALIDEZ"**

(Modelo normalizado)

DATOS DEL SOLICITANTE

Don/Doña.
N.I.F.: Fecha de nacimiento:.....
Titulo: Años de ejercicio profesional:.....
Colegio:..... Años de incorporación al Colegio:.....
Circunstancias por las que no puede ejercer la profesión:
.....
.....

¿ Tiene alguna minusvalía física o psíquica ? NO SI (adjúntese certificado medico)

¿ Requiere atención por terceros ? NO SI (si responde afirmativamente y es objeto de remuneración, adjunte facturas gastos)

SOLICITANTE	Ingreso Bruto	I.R.P.F.	Ingreso Neto
Ingresos por jubilación			
Ingresos por invalidez			
Ingresos Previsión Sanitaria Nacional			
Rendimientos capital mobiliario			
Otros ingresos			
Subtotal			

DATOS DEL CONYUGE

Don/Doña.
N.I.F.:

¿ Tiene alguna minusvalía física o psíquica ? NO SI (adjúntese certificado medico)

¿ Trabaja por cuenta propia o ajena ? NO SI

CONYUGE	Ingreso Bruto	I.R.P.F.	Ingreso Neto
Ingresos por jubilación			
Ingresos por invalidez			
Ingresos Previsión Sanitaria Nacional			
Rendimientos capital mobiliario			
Otros ingresos			
Subtotal			



Ilustre Consejo General
de

Colegios de Odontólogos y Estomatólogos

Villanueva, 11
Tel. 91 5770635
Fax 91 5770639
28001 Madrid

Hijos menores de 30 años o con minusvalías físicas o psíquicas a su cargo:

1 - Don/Doña.....N.I.F.:

¿ Tiene alguna minusvalía física o psíquica ? NO SI (adjúntese certificado medico)

¿ Trabaja por cuenta propia o ajena ? NO SI

HIJO 1	Ingreso Bruto	I.R.P.F.	Ingreso Neto
Ingresos por actividad o por cuenta ajena			
Ingresos por prestaciones de la S.S.			
Ingresos Previsión Sanitaria Nacional			
Otros ingresos			
Subtotal			

2 - Don/Doña.....N.I.F.:

¿ Tiene alguna minusvalía física o psíquica ? NO SI (adjúntese certificado medico)

¿ Trabaja por cuenta propia o ajena ? NO SI

HIJO 1	Ingreso Bruto	I.R.P.F.	Ingreso Neto
Ingresos por actividad o por cuenta ajena			
Ingresos por prestaciones de la S.S.			
Ingresos Previsión Sanitaria Nacional			
Otros ingresos			
Subtotal			

3 - Don/Doña.....N.I.F.:

¿ Tiene alguna minusvalía física o psíquica ? NO SI (adjúntese certificado medico)

¿ Trabaja por cuenta propia o ajena ? NO SI

HIJO 1	Ingreso Bruto	I.R.P.F.	Ingreso Neto
Ingresos por actividad o por cuenta ajena			
Ingresos por prestaciones de la S.S.			
Ingresos Previsión Sanitaria Nacional			
Otros ingresos			
Subtotal			

Total Ingresos anuales de la unidad familiar	
---	--

Declaro bajo juramento que son ciertos los datos arriba consignados, y que conozco el Reglamento de Ayudas de Vejez e Invalidez y, en especial, las consecuencias previstas en el mismo por la falsedad u ocultación de datos y las sanciones correspondientes, de acuerdo con los Artículos 11 y 12 de dicho Reglamento.

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

(Fecha de presentación días 01-31 de Enero) Fdo.....