

**ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO****DATOS SOLICITANTE**

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DOMICILIO (Calle y número)	C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL
PUESTO DE TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		CENTRO DE TRABAJO	

**INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:**

N.I.F. imprescindible para mayores de 14	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	Percibe ingresos SI / NO
				CÓNYUGE <sup>(1)</sup>		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

<sup>(1)</sup>INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS:  SÍ  NO**TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA**

<b>ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO</b>	Importe: _____ Plazo (meses): _____ Importe máximo: doble de las retribuciones ordinarias mensuales. Plazo mínimo 13 meses y plazo máximo: 36 meses
---	---

**DOCUMENTACIÓN**

• Solicitud.
--------------

Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad, comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo a la Administración Pública Regional en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada.

Murcia, a de de 20

(firma)

Los datos de carácter personal de esta solicitud y de sus documentos anexos se incorporan a un fichero público de titularidad de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, con la finalidad de gestionar este procedimiento y podrán ser cedidos con esta finalidad a otros Órganos de las Administraciones Públicas. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por el solicitante mediante escrito dirigido al responsable del Fichero, a la dirección postal, Avda. Infante Juan Manuel, nº 14 de Murcia de acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal.

- EXCMO. SR. CONSEJERO DE PRESIDENCIA Y HACIENDA.  
 EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN Y CULTURA.  
 ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.