

SOLICITUD SUBVENCIÓN

Test Elisa

# D./Dña. ..........................................................., D.N.I.: ,

Colegiado/a nº ............... solicita del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza el pago del 50% de las pruebas realizadas del Test Elisa.

Zaragoza, ......... de ................................ de 2020

FDO:......................................................

## **Adjuntar**: Factura de dicha prueba y Copia DNI del solicitante.

**Bases**

### 1.- Será condición imprescindible para beneficiarse de estas prestaciones estar colegiado en el Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, con una antigüedad mínima de seis meses en el momento de producirse el hecho causante que da lugar a esta prestación y al corriente de pago.

2.- El plazo de solicitud terminará a los tres meses de la fecha del evento causante de la misma.

De la vigente Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999 de 13 de Diciembre), le comunicamos que sus datos van a formar parte de un fichero propiedad del COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE ZARAGOZA cuya finalidad es la gestión administrativa del Colegio. Se le informa asimismo sobre la posibilidad que Ud. Tiene de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en relación con sus datos personales, en los términos establecidos legalmente, solicitándolo en las oficinas del COLEGIO. Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo en los casos en los que la ley lo permita o exija expresamente.