

DECLARACIÓ RESPONSABLE BENEFICIARI/A DE LA SEGURETAT SOCIAL PER A MAJORS DE 28 ANYS

NOM I COGNOMS:	
NIF/ NIE:	
DATA DE NAIXEMENT:	
Núm. DE SEGURETAT SOCIAL:	
DOMICILI:	
CODI POSTAL:	
POBLACIÓ	
PROVÍNCIA:	
CICLE FORMATIU:	

Mitjançant el present escrit, declare sota la meua responsabilitat que:

- Soc beneficiari/a d'assistència sanitària de la Seguretat Social i la meua targeta SIP està vigent per al període del curs escolar 2022/2023.
- Que en cas d'accident exonere a Salus Coop. V. i a les empreses de Formació en Centres de Treball de la subscripció d'una pòlissa d'accidents que cobreixca l'assistència sanitària ja que la tinc coberta particularment per la Seguretat Social.

I per deixar-ne constància i tinga els efectes oportuns, signe la present declaració a

Castelló de la Plana a de _____ de 20 _____

Signatura:

Adjunt fotocòpia del SIP (obligatori)

*De conformitat amb el que es disposa en el Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 (*RGPD), l'informem que les dades de caràcter personal que figuren en la present comunicació són tractats per SALUS COOP.V i pot exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, etc., així com per a donar-se de baixa si no desitja rebre més informació sobre els nostres serveis, dirigint-se per escrit a la següent adreça: Carrer del Pintor Vergara, 3, 12004 Castelló de la Plana , o al Mail: protecciondedatos@coopsalus.com*