CENTRE DE FORMACIÓ PROFESSIONAL SANITÀRIA

DECLARACIÓN RESPONSABLE BENEFICIARIO/A DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA MAYORES DE 28 AÑOS

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF/ NIE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL:	
DOMICILIO:	
CÓDIGO POSTAL:	
POBLACIÓN	
PROVINCIA:	
CICLO FORMATIVO:	

Mediante el presente escrito, declaro bajo mi responsabilidad que:

– Soy beneficiario/a de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y mi tarjeta SIP está vigente para el periodo del curso escolar 20__/20__.

– Que en caso de accidente exonero a Salus Coop. V. y a las empresas de Formación en Centros de Trabajo de la suscripción de una póliza de accidentes que cubra la asistencia sanitaria ya que la tengo cubierta particularmente por la Seguridad Social.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente declaración en

Castelló de la Plana a_____de_____de 20 _____

Firma:

☐ **Adjunto fotocopia del SIP y del NUSS** *(obligatorio)*

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), le informamos que los datos de carácter personal que figuran en la presente comunicación son tratados por SALUS COOP.V y puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación , cancelación, etc., así como para darse de baja si no desea recibir más información sobre nuestros servicios, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Calle del Pintor Vergara, 3, 12004 Castelló de la Plana, o al mail: protecciondedatos@coopsalus.com