

##

##  SOLICITUD TRATAMIENTOS MÉDICOS

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL SOLICITANTE** |
| **APELLIDOS:**  | **NOMBRE** | **NIF:**  |
| **CENTRO DE DESTINO:**  | **ANTIGÜEDAD (en años)** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:**  | **TELEFONO:**  |
| **ESCALA/CATEGORIA** | **[ ]  PAS Funcionario de Carrera.** **[ ]  PDI Funcionario** **[ ]  TC** **[ ]  6h.** **[ ]  5h.** **[ ]  4h.** **[ ]  3h.** **[ ]  PAS Laboral Fijo.** **[ ]  PDI Contratado** **[ ]  TC** **[ ]  6h.** **[ ]  5h.** **[ ]  4h.** **[ ]  3h.** **[ ]  2h.****[ ]  PAS Funcionario Interino.** **[ ]  Contratado Laboral por Obra o Servicio****[ ]  PAS Laboral Contratado.**  |
| **2. DATOS FAMILIARES** |
| **Nº HIJOS:**  | **ESTADO CIVIL:** **[ ]  Soltero/a.** **[ ]  Casado/a.** **[ ]  Pareja de hecho.** **[ ]  Separado/a /divorciado/a.** **[ ]  Viudo/a.** |
| **APELLIDOS Y NOMBRE DEL CÓNYUGEO PAREJA DE HECHO:** |  |
| **SITUACIÓN LABORAL DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO:** | **[ ]  Trabaja por cuenta ajena.** **[ ]  Desempleado/a.****[ ]  Autónomo/a.** **[ ]  Empleado/a de la UHU.****[ ]  Dedicación a tareas del hogar.** **[ ]  Pensionista.** |
| **3. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **FECHA NACIMIENTO** | **PARENTESCO** | **AYUDA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Nota.- La solicitud CARECE DE VALIDEZ sin la correspondiente presentación en el registro de la Universidad de Huelva o en cualquier otro registro que establezcan las disposiciones vigentes.**

# En Huelva, a de de 2022.

Firma del solicitante

 Fdo:

## SR. GERENTE DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA