

**AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL ESTATUTARIO DEL
SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**

TIPO DE AYUDA QUE SE SOLICITA (SEÑALAR CON UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE) Se presentará una solicitud diferenciada para cada tipo de ayuda			
AYUDA PARA MINUSVÁLIDOS	<input type="checkbox"/>	AYUDA DE ESTUDIOS PARA EMPLEADOS	<input type="checkbox"/>
AYUDA PARA GUARDERÍAS	<input type="checkbox"/>	AYUDA DE ESTUDIOS PARA HIJOS Y HUÉRFANOS	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL SOLICITANTE				
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	N.I.F.:	
DOMICILIO: (Calle, Avenida, Paseo, Plaza...)		LOCALIDAD:		
PROVINCIA:	C. POSTAL:	TELÉFONO:		
CENTRO DE TRABAJO:	LOCALIDAD:	TELÉFONO:		
ESTATUTARIO FIJO	ESTATUTARIO TEMPORAL (Indicar fecha de ingreso):	PERSONAL EN FORMACIÓN: (Indicar fecha de ingreso):	CÓNYUGE O HIJOS DEL EMP. FALLECIDO (indicar fecha de fallecimiento del empleado):	

BENEFICIARIOS DE LAS AYUDAS DE ESTUDIOS o GUARDERÍA				
APELLIDOS Y NOMBRE (cuando no sea el propio solicitante indicar fecha de nacimiento)	FECHA DE NACIMIENTO	ESTUDIOS Y CURSO QUE REALIZA	GRUPO	DESPLAZAMIENTO (solo hijos grupo 2)

BENEFICIARIOS DE LAS AYUDAS A MINUSVÁLIDOS	
APELLIDOS Y NOMBRE	GRADO MINUSVALÍA

DECLARO BAJO JURAMENTO O PROMESA que no he percibido otra ayuda por el mismo concepto, que son ciertos los datos anteriores y quedo enterado/a de las responsabilidades que me asigna la normativa reguladora del sistema de prestaciones de Acción Social en el caso de existencia de cualquier deformación o falsedad consignada en la presente solicitud o en la documentación aportada.

En _____, a _____ de _____ 2011
(firma del solicitante)

GERENTE DE SECTOR DE _____