  

**TRANSPORTE SOCIAL**

**SOLICITUD DE AYUDAS POR GASTOS DE DESPLAZAMIENTO EN TAXI**

**DATOS DEL SOLICITANTE/PACIENTE**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOLICITUD**

El paciente solicita de forma voluntaria a la Asociación Zamorana de Ayuda Frente al Cáncer (Azayca), con C.I.F.: G49303464, ayuda por gastos de desplazamiento desde el Hospital Provincial de Zamora a su lugar de residencia tras haber recibido el correspondiente tratamiento, y habiendo sido informado de que la utilización voluntaria del servicio no conlleva ningún tipo de responsabilidad ni compromiso por parte de la Administración Sanitaria ni para la propia Asociación.

**PROCEDIMIENTO**

**-** Contactar con el **número de teléfono 630 630 630**, perteneciente a la Asociación de Empresarios Auto Tele-Taxi de Zamora con la que la asociación ha firmado un convenio para la prestación del servicio aquí referido.

- El paciente entregará el presente documento debidamente rellenado y firmado al taxista que preste el servicio.

- El servicio será gratuito para el paciente.

***Ante cualquier incidencia el paciente podrá contactar con los siguientes números de teléfono: 605472166 – 629654011***

**DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL TAXISTA**

|  |
| --- |
|  **NOMBRE Y APELLIDOS:**  |
|  **KM REALIZADOS:**  |

Y para que conste a los efectos se firma el presente documento.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020

 **EL SOLICITANTE EL TAXISTA Vº Bº AZAYCA**

**PACIENTES QUE PUEDEN OPTAR A LA UTILIZACIÓN DE ESTE SERVICIO**

* **Paciente de zona rural en tratamiento oncológico.**
* **Paciente que no disponga de familiares o personas que lo trasladen en vehículo propio.**
* **Pacientes que el traslado desde su domicilio al Hospital lo hayan realizado en ambulancia.**
* **Pacientes que al término del tratamiento no puedan regresar a su domicilio hasta que los pacientes de la zona no hayan finalizado el suyo.**
* **Pacientes que al término del tratamiento tengan que realizar un largo recorrido pasando por otras localidades hasta llegar al suyo.**
* **Cualquier otra circunstancia se expondrá a la asociación.**

*Los datos contenidos en esta solicitud serán incorporados a un fichero de la de la Asociación Zamorana de Ayuda Frente al Cáncer, cuyo tratamiento se realizará conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del fichero es la citada asociación ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.*

**Asociación Zamorana de ayuda frente al cáncer – AZAYCA**

**Inscrita en el registro de asociaciones de la Junta de Castilla y León con el número 000294-Sección Primera y registro municipal de Zamora con el nº 112/19. C.I.F: G49303464.**

**Teléfonos: 605472166 – 629654011/** [**www.AyudaFrenteAlCancer.es**](http://www.AyudaFrenteAlCancer.es) **/** **azaycazamora@gmail.com**