

## Informe para el cuidado del menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave

1. Datos del  Progenitor/a  Adoptante  Acogedor/a

Apellidos y nombre		DNI-NIE-pasaporte				
Domicilio habitual: (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad					
Provincia		Número de la Seguridad Social				

### 2. Datos del menor

Apellidos y nombre		DNI-NIE-pasaporte			
Fecha de nacimiento	Ingreso hospitalario	Centro/Hospital		Localidad del centro/hospital	
Afectado por (diagnóstico principal y tratamientos previstos)					
<input type="checkbox"/> Que requirió ingreso hospitalario con fecha <input type="checkbox"/> Que requiere tratamiento continuado de la enfermedad por un tiempo estimado desde ____ hasta ____					

### 3. Datos del facultativo del servicio público de la salud

Apellidos y nombre									
Número de colegiado									

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma y sello

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 y su normativa de desarrollo, los datos personales facilitados por usted, se incorporarán y serán tratados en un fichero debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos del que es responsable MUTUA GALLEGA, MATEPSS nº 201, siendo tales datos indispensables para poder gestionar la relación que mantiene con esta entidad, ó tramitar su solicitud ó el expediente de prestaciones de Seguridad Social que proceda, en cumplimiento de las leyes y reglamentos de aplicación. La negativa a facilitar la información solicitada impediría absolutamente cumplir las finalidades antes descritas. Así mismo, le informamos de que sus datos podrán ser comunicados a las entidades públicas competentes también con amparo en lo previsto en la normativa en vigor. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la persona Responsable de Seguridad de MUTUA GALLEGA, MATEPSS nº 201 con domicilio en 15174 A Coruña c/ Monte Alfeirán s/n