



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE TURISMO DEL IMERSO TEMPORADA 2024-2025

ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

| | | | | | |
|--|--------------|------------------|---------|--------------------------------|----------------------------------|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | |
| SEXO | ESTADO CIVIL | | NIF/NIE | | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO) | | | | LOCALIDAD DEL DOMICILIO | |
| CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | TELÉFONO MÓVIL | | TELÉFONO MÓVIL DEL ACOMPAÑANTE | |

2. DATOS DEL ACOMPAÑANTE: CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO O UNIÓN ESTABLE

| | | | | | |
|--------------------------|--|----------------------------------|--|---|--|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | |
| NIF DEL CÓNYUGE O PAREJA | | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) | | ¿SE VALE POR SÍ MISMO/A PARA REALIZAR LAS ABVD? sí | |

3. NOTIFICACIÓN

| | | | | | |
|--|-----------|--|--|-------------------------|--|
| <p>La notificación de la acreditación para participar en el programa de turismo se enviará por correo postal. Para otras notificaciones marque con una X el medio por el que desea recibir las:</p> | | | | | |
| Deseo ser notificado electrónicamente | | | Deseo ser notificado en papel | | |
| Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del indicado en el apartado 1) | | | | | |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO) | | | | LOCALIDAD DEL DOMICILIO | |
| CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | | | | |
| Si desea recibir avisos de las notificaciones, indique el medio: | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil...) | | |

4. DATOS FAMILIA NUMEROSA

| | |
|---|-------------------------------|
| Nº DE CARNET DE FAMILIA NUMEROSA EN VIGOR | CATEGORÍA DE FAMILIA NUMEROSA |
|---|-------------------------------|

5. PLAZAS SOLICITADAS

Puede Vd. elegir la prioridad entre las opciones A y B. Para ello, marque la opción elegida en primer lugar con un 1 y la segunda con un 2. En la opción B, solo puede optar por un destino.

OPCIÓN A: Zona costera peninsular **OPCIÓN B:** Zona costera insular

Turismo de escapada

6. DATOS ECONÓMICOS

| | Clase de prestación/ingresos | Procedencia prestación/ingresos | Cuantía mensual (€) |
|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| PERSONA SOLICITANTE | | | |
| | | | |
| | | | |
| PERSONA ACOMPAÑANTE | | | |
| | | | |
| | | | |

7. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

7.1 Persona solicitante: Si tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%, marque esta casilla

7.2 Hijo/a con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 45% que viaja con sus padres

| | | |
|---------------------------------|------------------|--------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| NIF DEL HIJO/A CON DISCAPACIDAD | | |

8. SOLICITUD VINCULADA (para viajar con otra persona que resida en su misma provincia)

| | | |
|----------------------|------------------|--------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| NIF DEL OTRO TITULAR | | |

9. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO, bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que para participar en el Programa de Turismo cumplo con los siguientes requisitos (marque con una X lo que corresponda), manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imsero cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo:

Me valgo por mí mismo/a para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Soy pensionista de jubilación del sistema de Seguridad Social español.

Soy pensionista de viudedad del sistema de Seguridad Social español con cincuenta y cinco o más años de edad.

Soy pensionista por otros conceptos del sistema de Seguridad Social español o perceptor/a de prestaciones o subsidios de desempleo, con sesenta o más años de edad.

Soy asegurado/a o beneficiario/a del sistema de Seguridad Social español, con sesenta y cinco o más años de edad.

Soy español/a de origen emigrante que he retornado a España, y pensionista de los sistemas públicos de Seguridad Social del país o países a los que he emigrado.

Marque esta casilla si presta usted el consentimiento para la cesión de sus datos para la verificación mediante encuestas de calidad de prestación del servicio del programa de turismo.

De acuerdo con los artículos 40 y 71 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, el Imsero consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS | |
|--|--|
| Responsable | Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). |
| Finalidad | Gestión de la participación en el Programa de Turismo del Imsero y, en su caso, realización de encuestas. |
| Legitimación | Ejercicio de poderes públicos autorizados. |
| Destinatarios | No se cederán datos a terceros, salvo la obligación legal prevista en el artículo 77 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. |
| Derechos | Acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición. |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de datos en: - ANEXO III del formulario de solicitud. - Apartado sobre Protección de datos de la página web del Imsero. |

SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DEL IMSEROS