



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

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:			
<input type="checkbox"/> Deseo ser notificado electrónicamente	<input type="checkbox"/> 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 cumpla 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 IMSERSO