



**NOVO INGRESO ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL OS PILLABÁNS. CURSO: -**

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

EN CALIDADE DE  NAI  PAI  ACOLLEDOR/A  TITOR/A LEGAL

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	CONCELLO	LOCALIDADE	PROVINCIA		
TEL MÓBIL 1	TEL. MÓBIL 2	TEL. FIXO	ENDEREZO ELECTRÓNICO		
<b>E,NA SUA REPRESENTACIÓN</b> (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido de dereito)					
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		

**ENDEREZO PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NUMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	CONCELLO	LOCALIDADE	PROVINCIA		
TELEFONO FIXO	FAX	TELEFONO MÓBIL	ENDEREZO ELECTRONICO		

**DATOS DA NENA OU DO NENO**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
GRUPO DE IDADE A QUE ACCEDE	DISCAPACIDADE	DATA DE ACOLLEMENTO	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON		

**DATOS DA UNIDADE FAMILIAR**

APELIDOS E NOME (incluída a persoa solicitante)	NIF	DATA NACEMENTO	PARENTESCO
<b>Nº MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR</b>			

**CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES**

Fillo/a de persoal do centro  Irmá/Irmán con praza no centro  Familia acollidora  Familia numerosa  Familia monoparental

**TIPO DE XORNADA QUE SOLICITA**

Xornada completa de	horas a	horas
Xornada partida de	horas a	horas
½ Xornada de mañá de	horas a	horas
½ Xornada de tarde de	horas a	horas
COMEDOR <input type="radio"/> ALMORZO <input type="radio"/> XANTAR <input type="radio"/> MERENDA		

Solicitante de Bono Concilia: Si  Non

**SITUACION FAMILIAR**

Número de membros que non formando parte da unidade familiar estean a cargo dela		
No caso de que o/a neno/a para o/a que se solicita a praza nacera nun parto múltiple	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Por cada membro da unidade familiar afectado por discapacidade ou enfermidade que requira internamento periódico	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Por ausencia do fogar familiar de ambos os dous membros parentais	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON

Calquera outra circunstancia familiar grave

**SITUACION FAMILIAR**

		Nai		Pai	
Ocupación laboral	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NON
Desemprego/a	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NON
Beneficiario/a do tramo de inserción (RISGA)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NON
Outras situacións					

**A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:**

Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos

Cerceda,            de                            de  
 (sinatura da persoa solicitante ou representante )

De acordo co establecido pola normativa vixente en materia de protección de datos, informámoslle de que o Responsable de Tratamento dos seus datos persoais é CONCELLO DE CERCEDA, con dirección AVENIDA DO MESÓN 21, 15185 - A CORUÑA; ALCALDIA@CERCEDA.ES. Os datos serán utilizados para prestarlle o servizo solicitado e a xestión administrativa derivada da prestación do servizo. Os datos non se cederán a terceiros, salvo por obriga legal. Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento e solicitar a portabilidade dos mesmos en calquier momento. Para elo, CONCELLO DE CERCEDA dispón de formularios específicos para facilitarlle o exercicio dos seus dereitos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados dunha copia do seu DNI para acreditar a súa identidade. Pode consultar a información adicional y detallada sobre Protección de Datos solicitándoa por correo electrónico: ALCADIA@CERCEDA.ES

ALCALDE-PRESIDENTE DO CONCELLO DE CERCEDA



Anexo III

**PERSOA SOLICITANTE**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

**CÓNXUXE, PARELLA DE FEITO OU ANÁLOGA RELACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

**AUTORIZA/N**

Ao Concello de Cerceda, para que, conforme o disposto no artigo 2.4 da Orde do Ministerio de Economía e Facenda, do 18 de novembro de 1999, que solicite á Axencia Tributaria os datos tributarios e a súa comprobación necesarios para a determinación da renda da unidade familiar.

**Sinatura da persoa solicitante** **Sinatura do/da cónxuxe/parella de feito ou relación análoga**

Cerceda,     de     de