

SOLICITUDE DE RESERVA DE PRAZA ESCOLAS INFANTÍS

CURSO 20 /20

 Reserva de praza para matriculados no curso anterior

 XORNADA DEMAÑANA

 XORNADA COMPLETA

 XORNADA DE TARDE

 AMPLO

 CANDIDATO/A AO BONO CONCILIA Si Non

 Número de fillos da unidade familiar:

 Lugar que ocupa entre os fillos menores de 18 anos
DATOS DA/DO NENA/O

APELIDOS	NOME	DATA NACEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DA NAI/, PAI OU TITOR LEGAL

NIF/NIE	APELIDOS	NOME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENDEREZO	PROVINCIA	LOCALIDADE	CP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONCELLO DO LUGAR DE TRABALLO	Nº S.S.	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

APELIDOS E NOME	DNI/NIF	DATA NACEMENTO	PARENTESCO	INGRESOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 FAMILIA NUMEROSA

 ASISTENCIA DE VARIOS IRMÁNS AO CENTRO

 FAMILIA MONOPARENTAL

 EXENCIÓN POR SEGUNDO FILLO (MENORS DE 18 ANOS)

 Viveiro, de 20

EXCMA. ALCALDESA DE VIVEIRO

SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Número de membros que componen a unidade familiar.....	<input style="width:90%;" type="text"/>
Número de membros que, non formando parte da unidade familiar, estean a cargo desta....	<input style="width:90%;" type="text"/>
Número de membros, incluída/o a/o solicitante, con enfermidade ou discapacidade.....	<input style="width:90%;" type="text"/>
Tipo de enfermidade ou discapacidade:	Nai Pai Outros
Discapacidade física, psíquica ou sensorial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermidade crónica que requira internamento periódico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alcoholismo ou drogodependencias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Condición de familia monoparental	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non
Ausencia do fogar familiar de ambos os dous membros parentais	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non
Condición de familia numerosa	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non
Irmáns/ás con praza renovada no centro para o vindeiro curso	<input style="width:150px;" type="text"/>

SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

	Ocupación laboral	Desemrego	Outras
Nai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

FAMILIA NUMEROSA 20% <input type="checkbox"/>	FAMILIA MONOPARENTAL 20% <input type="checkbox"/>	TOTAL <input style="width:100%;" type="text"/>
CUOTA MENSUAL ASISTENCIA		TOTAL
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular da conta: **DNI**

IBAN	ENTIDADE	OFICINA	D.C.	Nº DE CONTA
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

Documentación que se xunta:

- ◆ Os documentos relacionados a continuación serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta deberán indicalo marcando a casilla e achegar unha copia dos documentos

- **Me opoño á consulta e achegarei fotocopia completa** da declaración de **ULTIMO EXERCICIO** de ámbolos dous cónxuxes, en caso de non facer a declaración de renda, certificación negativa de imputacións de renda do último exercicio de ámbolos dous cónxuxes (solicítala na AXENCIA TRIBUTARIA DE FOZ).

✓ En caso de que a situación socio familiar cambiara (nacementos, separacións, falecementos, unións), documentación acreditativa **fotocopiada** de ditos cambios.

✓ **Fotocopia código IBAN, onde se desexe domiciliar o pago da gardería no seu caso.**

**A SOLICITUDE CUBERTA E A DOCUMENTACIÓN
CORRESPONDENTE ENTREGARASE NO REXISTRO
DO CONCELLO DE VIVEIRO OU NA SEDE
ELECTRONICA viveiro.sedelectronica.es**

A PERSONA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA QUE TODOS OS DATOS CONTIDOS NESTA SOLICITUDE E NOS DOCUMENTOS QUE SE ACHEGAN SON CERTOS.

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 VIVEIRO, con dirección PRAZA MAIOR 19-20, 27850 - VIVEIRO (LUGO); concello@viveiro.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 calquera momento. Para elo, CONCELLO DE VIVEIRO 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 e detallada sobre Protección de Datos solicitándoa por correo electrónico: concello@viveiro.es

SINATURA DO PAI

SINATURA DA NAI