



Procedemento:

**SOLICITUDE ESCOLA INFANTIL**

Novo Ingreso  Renovación

CURSO ACADÉMICO

Código do Procedemento:

**03001**

Documento

**SOLICITUDE**

## DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM		LETRA		ESC	PISO	PORTA
<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"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA		TOPONIMIA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
PROVINCIA				MUNICIPIO				
<input type="text"/>				<input type="text"/>				
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

## E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

NOME/RAZÓN SOCIAL		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF/CIF	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

## DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN PARA PERSOAS FÍSICAS

Estos datos surtirán efecto únicamente no expediente asociado a esta solicitude.

Notifíquese a:  **Persoa solicitante**  **Persoa ou entidade representante**

No suposto de non indicar a persoa a quen notificar, a notificación practicarase no enderezo do solicitante.

### ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas xurídicas están obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración, polo que non é preciso que cubran este espazo.

**Electrónica:** A través da sede electrónica do Concello de Vilagarcía de Arousa (<https://sede.vilagarcia.gal/>)

**Postal:** (cubrir o enderezo postal só se é distinto ao indicado para o solicitante)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM		LETRA		ESC	PISO	PORTA
<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"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA		TOPONIMIA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
PROVINCIA				MUNICIPIO				
<input type="text"/>				<input type="text"/>				

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Concello de Vilagarcía de Arousa
Finalidades do tratamento	Xestión do procedemento e actuacións administrativas
Lexitimación para o tratamento	O exercizo de potestades públicas segundo a normativa aplicable detallada no Rexistro de Tratamento e de uso histórico, estatístico e científico: (Sede Electrónica /Transparencia/Protección de Datos/Rexistro de Actividades Tratamento)
Destinatarios dos datos	Administracións Públicas e segundo o Rexistro de Tratamento
Exercicio de dereitos	Acceder, rectificar e suprimir os datos, ou calquera outro dereito recoñecido no Regulamento UE Xeral de Protección de Datos e a Lei Orgánica 3/2018
Contacto delegado/a de protección de datos e máis información	<a href="https://sede.vilagarcia.gal/">https://sede.vilagarcia.gal/</a> ou <a href="mailto:dpd@vilagarcia.gal">dpd@vilagarcia.gal</a>



## DATOS DA NENA OU NENO

NOME MENOR 1		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
GRUPO DE IDADE AO QUE ACCEDE	DISCAPACIDADE	DATA DE ACOLLEMENTO (no caso de menores acollidas/os)		DATA DE NACEMENTO	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="radio"/> MULLER <input type="radio"/> HOME	
NOME MENOR 2		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
GRUPO DE IDADE AO QUE ACCEDE	DISCAPACIDADE	DATA DE ACOLLEMENTO (no caso de menores acollidas/os)		DATA DE NACEMENTO	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="radio"/> MULLER <input type="radio"/> HOME	
NOME MENOR 3		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
GRUPO DE IDADE AO QUE ACCEDE	DISCAPACIDADE	DATA DE ACOLLEMENTO (no caso de menores acollidas/os)		DATA DE NACEMENTO	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="radio"/> MULLER <input type="radio"/> HOME	

## DATOS DA UNIDADE FAMILIAR (incluída a persoa solicitante)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	N.I.F.	DATA NACEMENTO	PARENTESCO

## XORNADA E HORARIO SOLICITADO

### HORARIO QUE SOLICITA

Xornada continuada de  a  horas.

Xornada partida de  a  horas e de  a  horas.

Xornada de tarde de  a  horas.

### COMEDOR

Atención con comedor  Atención sen comedor

- Límite 8 horas de asistencia dentro da xornada solicitada, agás causas referidas na normativa de aplicación.

## CANDIDATA/O AO BONO CONCILIA

SI  NO

## SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

Número de membros que compoñen a unidade familiar:	<input type="text"/>
Número de membros que no formando parte da unidade familiar estén ao seu cargo:	<input type="text"/>
Número de membros, incluída a persoa solicitante, con enfermidade ou discapacidade:	<input type="text"/>
<b>Tipo de enfermidade ou discapacidade:</b>	Nai Pai Outros membros
- Discapacidade	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
- Enfermidade crónica que requira internamento periódico	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Condición de familia monoparental: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Condición de familia acollidora: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Ausencia do fogar familiar de ambos/dous membros parentais: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Condición de familia numerosa: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Nena/o para quen se solicita praza nada/o en parto múltiple: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Condición de filla/o de persoal do centro: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Irmá con praza no centro para o vindeiro curso: <input type="text"/>	
Outras circunstancias familiares debidamente acreditadas	<input type="text"/>



## SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

Ocupación laboral      Nai    Pai      Desemprego      Nai    Pai      Beneficiaria/o do tramo de inserción (Risga)      Nai    Pai

Outras situacións da Nai:

Outras situacións do Pai:

## A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA

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

## DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA

- Copia do DNI da Nai, Pai e, se é o caso, dos representantes legais.
- Copia do libro de familia ou, no seu defecto, outro documento que acredite oficialmente a situación familiar.
- Fotocopia do Título de familia numerosa.
- Xustificante de ocupación ou desemprego dos pais: aqueles que estean en activo, deberán achegar a última nómina de salario ou informe de vida laboral. Se están en situación de desemprego aportarán informe dos períodos de inscrición como demandante de emprego, expedido polo SEPE.
- Certificado de recoñecemento do grao de discapacidade alegado polos membros da unidade familiar.
- Certificado médico no caso de enfermidades crónicas ou outras afeccións alegadas polos membros da unidade familiar.
- Informe sobre a necesidade de integración no caso de nenos/os con necesidades de apoio específico.
- Se é o caso, sentenza de separación ou divorcio, convenio regulador ou resolución xudicial que estableza as medidas paterno-filiais ou certificado administrativo de monoparentalidade expedido por outra Comunidade Autónoma.
- Documentación acreditativa da condición de vítima de violencia de xénero.
- Documentos xustificativos da variación de ingresos (mínimo 20% en cómputo anual).

## AUTORIZACIÓNS

Autorizo expresamente a comprobación, consulta e obtención telemática dos datos referidos a esta solicitude segundo o disposto na Lei 39/2015 de 1 de outubro.

**Autorizo**     **Non Autorizo**

Autorizo ao Concello de Vilagarcía de Arousa a solicitar á Axencia Estatal de Administración Tributaria información de natureza tributaria sobre o IRPF para comprobar o cumprimento dos requisitos establecidos para **Escolas Infantís**, sendo beneficiaria ou posible beneficiaria a persoa solicitante e restantes membros da unidade familiar que figuran. A presente autorización outórgase aos efectos do **recoñecemento, seguimento e control** da axuda mencionada anteriormente, e en aplicación do artigo 95.1K) da Lei 58/2003, Xeral Tributaria, pola que se permite, previa autorización da persoa interesada, a cesión dos datos tributarios que precisen as AAPP para o desenvolvemento das súas funcións.

**Autorizo**     **Non Autorizo**

## SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar

Data

,

(Sinatura da persoa solicitante ou representante)

## SINATURA CÓNXUXE, PARELLA DE FEITO OU ANÁLOGA Á CONXUGAL

Lugar

Data

,

(Sinatura cónxuxe, parella de feito ou análoga á conxugal)