



PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
RENOVACIÓN DE PLAZA EN ESCUELAS INFANTILES 0-3	BS404B	SOLICITUD

CURSO 2015/2016

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDAD DE
 MADRE PADRE ACOGEDOR/A TUTOR/A LEGAL

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO BLOQUE PISO PUERTA

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO MÓVIL TELÉFONO FIJO CORREO ELECTRÓNICO

MEDIO DE COMUNICACIÓN PREFERENTE
 TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (no es necesaria si coincide con la anterior)

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO BLOQUE PISO PUERTA

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA NIÑA O DEL NIÑO

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

GRUPO DE EDAD AL QUE ACCEDE DISCAPACIDAD SÍ NO SEXO HOMBRE MUJER

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (incluida la persona solicitante)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

Nº DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES

Hijo/a del personal del centro Hermana/hermano con plaza renovada o de nuevo ingreso en el centro
 Familia acogedora Familia numerosa Familia monoparental Niño/a nacido/a en parto múltiple



CENTROS SELECCIONADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

CENTRO DONDE RENUEVA PLAZA

NOMBRE DEL CENTRO

HORARIO QUE SOLICITA

Jornada continuada de horas a horas

Jornada partida de horas a horas y de horas a horas

Media jornada de horas a horas

COMEDOR

Atención con comedor Atención sin comedor

(Límite 8 horas de asistencia dentro de la jornada solicitada, excepto las causas referidas en el artículo 25.1 del RRI)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de identidad de la persona solicitante en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre y la Orden de la Consellería de la Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

Sí NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de discapacidad del grado y nivel de dependencia de la niña o del niño que obran en poder de la Administración Autonómica, de conformidad con el artículo 4 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, por el que se simplifica la documentación para la tramitación de los procedimientos administrativos y se fomenta la utilización de medios electrónicos.

Sí NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos del título de familia numerosa que obran en poder de la Administración Autonómica, de conformidad con el artículo 4 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, por el que se simplifica la documentación para la tramitación de los procedimientos administrativos y se fomenta la utilización de medios electrónicos.

Sí NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal se le informa que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad del Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar, cuya finalidad es la gestión y registro de este procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Gerencia del Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a consorcio@igualdadebenestar.org

LEGISLACIÓN APLICABLE

Resolución del 27 de enero de 2015, por la que se regula el procedimiento de adjudicación de plazas en las escuelas infantiles 0-3 dependientes del Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar para el curso 2015/2016.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de

