

NOVO INGRESO ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL OS PILLABÁNS. CURSO 2025/2026

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

E, NA SUA REPRESENTACIÓN (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
	☐ SI ☐ NON	

DATOS DA UNIDADE FAMILIAR

APELIDOS E NOME (incluída a persoa solicitante)	NIF	DATA NACEMENTO	PARENTESCO

Nº MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR	
---------------------------------------	--

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES

☐ Fillo/a de persoal do centro ☐ Irmá/Irmán con praza no centro ☐ Familia acolledora ☐ 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 ☐ ALMORZO ☐ XANTAR ☐ 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	
Por cada membro da unidade familiar afectado por discapacidade ou enfermidade que requira internamento periódico	
Por ausencia do fogar familiar de ambos os dous membros parentais	☐ SI ☐ NON

Calquera outra circunstancia familiar grave

SITUACION FAMILIAR

	Nai		Pai	
Ocupación laboral	☐ SI	☐ NON	☐ SI	☐ NON
Desemprego/a	☐ SI	☐ NON	☐ SI	☐ NON
Beneficiario/a do tramo de inserción (RISGA)	☐ SI	☐ NON	☐ SI	☐ NON
Outras situacións				

A PERSOA SOLICITANTE OU RESPRESENTANTE 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	Sinatura do pai/nai (no caso de divorcio ou separación)

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 cualquier 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