

NOVO INGRESO ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL OS PILLABÁNS. CURSO 20.....-20.....

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 VIA	NOME DA VIA	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
Nº MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR			

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

ALMORZO

XANTAR

MERENDA

Solicitante de Bono Concilia: Si Non

SITUACION FAMILIAR

Número de membros que compoñen a unidade familiar

Número de membros que non formando parte da unidade familiar estean a cargo dela

Número de membros, incluída a persoas solicitante, con enfermidades e ou discapacidades

Tipo de enfermidade ou discapacidade

Nai

Pai

Outros membros

Discapacidade

Enfermidade crónica que requira internamento periódico

Alcoholismo ou drogodependencia

Condición de familia monoparental

SI

NON

Ausencia do fogar de ambos os dous membros parentais

SI

NON

Condición de familia numerosa

SI

NON

Condición de fillo/a do persoal do centro

SI

NON

Condición de familia acolledora

SI

NON

Irmá/an con praza renovada ou de novo ingreso para vindeiros cursos

Calquera outra circunstancia familiar grave

SITUACION FAMILIAR

Nai

Pai

Ocupación laboral

SI

NON

SI

NON

Desemprego

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

Sinatura da persoa solicitante ou representante

Cerceda, de de
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

