

**PROGRAMA DE CONCILIACIÓN FAMILIAR AULA DE ESPERA****SOLICITUDE BENEFICIARIOS  
HABITUAIS****DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME E APELIDOS

NIF

ENDEREZO

TELÉFONO

EMAIL

**DATOS DA PERSOA PROXENITORA QUE NON APAREZA COMO SOLICITANTE (se é o caso)**

NOME E APELIDOS

NIF

**DATOS BANCARIOS**

Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada.

TITULAR DA CONTA

NÚMERO DA CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)

IBAN

**DATOS DOS FILLOS OU FILLAS POLOS QUE SE SOLICITA O SERVIZO**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
<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"/>

HORARIO

 7:30-9:15 8:30-9:15

ALMORZO

 SI NON

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Anexo II, debidamente cuberto e asinado, no caso de neno/a de Educación Infantil.   |
| <input type="checkbox"/> Certificado de empadramento conxunto da unidade familiar.   |
| <input type="checkbox"/> Copia da sentenza de nulidade, separación ou divorcio; ou da resolución xudicial que estableza as medidas paternofiliais dos fillos e fillas comúns nas unións de feito e /ou do convenio regulador, de ser o caso. |
| <input type="checkbox"/> Certificado de monoparentalidade expedido pola Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica da Consellería de Política Social, de ser o caso.  |
| <input type="checkbox"/> Copia da Declaración da renda das persoas físicas do ano anterior a data da solicitude, que compoñan a unidade familiar.  |
| <input type="checkbox"/> Copia da última nómina anterior a data da solicitude, no caso de non presentar a Declaración da renda.  |
| <input type="checkbox"/> Certificado de traballo que xustifique a incompatibilidade horaria, no caso de traballadores por conta allea.   |
| <input type="checkbox"/> Copia do Certificado de alta no Réxime Especial de Traballadores por conta propia ou Autónomo, de ser o caso.   |
| <input type="checkbox"/> Copia do Título de Familia numerosa expedido por la Administración competente, de ser o caso.   |

**INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS – MENORES DE IDADE**

O Responsable de Tratamento dos seus datos persoais é CONCELLO DE ALLARIZ, con dirección en PZ MAIOR 1, 32660 - ALLARIZ (OURENSE); [concello@allariz.gal](mailto:concello@allariz.gal).

**1.- DPO:** O Delegado de Protección de Datos do CONCELLO DE ALLARIZ é Servizos de Adaptación Continua en Protección de Datos RB, S.L. có que poderá contactar en [concello@allariz.gal](mailto:concello@allariz.gal)

**2.- Finalidade Do Tratamento:** Os datos serán utilizados para prestarlle o servizo solicitado, así como a xestión administrativa derivada do mesmo.

**Datos De Saúde:** Có único fin de salvagardar a seguridade do menor, poderemos solicitarlle información sobre o seu estado de saúde, alerxias ou intolerancias alimentarias. De este xeito evitaremos calquera incidente á hora de organizar as actividades do Concello. Deberá terse en conta que, no caso de omitir algún tipo de información ou de que non nos informe correctamente, poderán producirse danos no menor do que só vostede será responsable.

O feito de que non nos facilite parte da información solicitada poderá supoñer a imposibilidade de prestarlle o servizo que quere solicitar a CONCELLO DE ALLARIZ.

**Uso De Fotografías:** As imaxes e sons destinaranse para a súa valoración por parte do equipo de traballo do Programa Aula de Espera, de cara a avaliación das actividades desenvoltas, a súa difusión a través de calquera medio de comunicación audiovisual ou impreso, e para archivar, como fondo fotográfico, para a súa utilización en campañas de promoción ou calquera tipo de documento que se publique a instancias do Concello de Allariz.

Na súa utilización, sempre se manterá a observancia dos dereitos da infancia e en ningún caso, se desvirtuará o significado, nin tampouco o contexto, no que as imaxes e os sons foron captados. Indique a opción que se axuste aos permisos que desexe facilitarnos:

- Si**, dou o meu consentimento para que se publiquen as miñas fotografías a través das redes sociais/web
- Non** dou o meu consentimento para que se publiquen as miñas fotografías a través das redes sociais/web

**3.- Prazo De Conservación:** os datos facilitados conservaranse mentres se mantexa a nosa relación comercial e mentres non se soliciten a supresión dos mesmo.

**4.- Lexitimación:** Este tratamento de datos persoais está lexitimado polo consentimento que nos outorga coa firma da presente circular e o conservaremos mentres ao realizar a solicitude de prestación do servizo.

**5.-Destinatarios De Cesiones:** CONCELLO DE ALLARIZ non cederá os seus datos de carácter persoal a terceiras empresas.

**6.- Dereitos:** 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. O CONCELLO DE ALLARIZ dispón de formularios específicos para facilitarlle o exercicio dos seus dereitos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, nas nosas instalacións ou por correo electrónico en [concello@allariz.gal](mailto:concello@allariz.gal), sempre acompañados dunha copia do seu DNI para acreditar a súa identidade.

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE**

Lugar e data

<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----	----------------------	----	----------------------

**PROGRAMA DE CONCILIACIÓN FAMILIAR AULA DE ESPERA****AUTORIZACIÓN SAÍDA****AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR SAIDA AO REMATE DO SERVIZO DE AULA DE ESPERA****DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME E APELIDOS

NIF

**DATOS DOS FILLOS OU FILLAS POLOS QUE SE SOLICITA O SERVIZO**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
<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"/>

Son coñecedor/a de que neste curso, o meu fillo/ filla, como usuario do servizo municipal de Aula de Espera, terá que desprazarse camiñando pola beirarrúa, acompañado dunha educadora ata o edificio de Educación Infantil unha vez rematado este servizo de conciliación.

Por tanto,

 Autorizo realizar ese desprazamento Non autorizo realizar ese desprazamento e comprométome a recollelo eu ao rematar o servizo de conciliación Aula de Espera.**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE**

Lugar e data

 ,  de  de