

DATOS DE LAS/LOS MENOR/ES	Nº	Apellidos y Nombre	Fecha Nacimiento
	Nº	Apellidos y Nombre	Fecha Nacimiento
	Nº	Apellidos y Nombre	Fecha Nacimiento

DATOS DEL PADRE Y LA MADRE O TUTORES	NIF/TR/ Pasaporte		Apellidos y Nombre	
	NIF/TR/ PASAPORTE		Apellidos y Nombre	
	Dirección		Municipio y Provincia	
	Teléfonos	Correo electrónico	Código Postal	
	Fecha de Nacimiento de la Madre			

OTROS DATOS SOLICITUD	Persona de contacto durante las actividades		
	Apellidos y Nombre	Parentesco	Teléfonos


DECLARACION RESPONSABLE

Las personas firmantes de esta solicitud declaran que son ciertos los datos consignados en ella y expresamente declaran que:

1. Familia donde la madre se encuentra empleada (12 pts.): SI ☐ NO ☐
2. Hijos o hijas de mujeres víctimas de violencia de género (12 pts.): SI ☐ NO ☐
3. Hijos o hijas de mujeres en situación de desempleo que realicen acciones de formación (10pts): SI ☐ NO ☐
4. Familia monomarental/monoparental (10pts): SI ☐ NO ☐ (*Distinto de las situaciones de separación, divorcio ...*)
5. Familia Numerosa (8 pts.): SI ☐ NO ☐
6. Unidad familiar con otras cargas relacionadas con el cuidado a ascendientes, descendientes menores de 3 años y/o personas con discapacidad (8 pts): SI ☐ NO ☐
7. Hijos o hijas de mujeres mayores de 45 años (8 pts): SI ☐ NO ☐
8. Hijos o hijas de unidades familiares donde la renta per cápita no supere 1,2 veces el IPREM establecido para 2023 Mensual (720,00€) o Anual (10.080.00€) (10pts) SI ☐ NO ☐

Así mismo, declara conocer que, en caso de falsedad en los datos u ocultación de los mismos, supondrá la desestimación automática de la solicitud.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR	Documentación justificativa de los requisitos exigidos, que se acompañan a la solicitud: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anexo "Datos aclarativos de los/as menores" <input type="checkbox"/> DNI/NIE del/la menor. <input type="checkbox"/> DNI/NIE de los padres o tutores o la tarjeta de residencia <input type="checkbox"/> Copia del encabezado de la última nómina de trabajo de la madre. <input type="checkbox"/> Acreditación condición de Víctima de Violencia de Género. <input type="checkbox"/> Libro de familia, en su defecto, resguardo de la solicitud del mismo o Certificado del Registro Civil de la unidad familiar. <input type="checkbox"/> Certificado de inscripción como demandante de empleo o fotocopia DARDE. <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de participación en acciones formativas de la madre. <input type="checkbox"/> Título de familia numerosa <input type="checkbox"/> Declaración Jurada de cuidados a ascendientes dependiente y/o Resolución grado y nivel que derivan en la prestación de apoyo de cuidador no profesional y/o Resolución de grado de discapacidad de cuidados a discapacitado. <input type="checkbox"/> Fotocopia Declaración de la Renta '21 o Certificado de ingresos emitido por SEPE o INSS en caso de percibir prestaciones. 				
	HORARIO TARDES DIAS LECTIVOS - FRANJA DE 15:30 A 20:30- (exponga los días de asistencia y su horario)				
FRECUENCIA DE PARTICIPACIÓN	<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIÉRCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>
	Entrada _____ h.	Entrada _____ h.	Entrada _____ h.	Entrada _____ h.	Entrada _____ h.
	Recogida _____ h.	Recogida _____ h.	Recogida _____ h.	Recogida _____ h.	Recogida _____ h.
	CALENDARIO DIAS NO LECTIVOS EN HORARIO DE MAÑANA DE 09:00 A 14:00 (marca con X)				
	DIA DE LA ENSEÑANZA: 18 de noviembre				
	DIA NO LECTIVO: 7 de diciembre				
	PERIDO NAVIDEÑO: 26, 27, 28, 29 de diciembre y 1, 2, 3, 4, 5 de enero.				
SEMANA BLANCA: 12 y 13 de febrero					
SEMANA SANTA: 25, 26 y 27 de marzo y 1 de abril.					
JUNIO: 24, 25, 26, 27 y 28 de junio.					

	Los Yébenes, a ____ de _____ de 20____ .
	(Firma/s del progenitor/a custodio del menor)

ANEXO. DATOS ACLARATIVOS DEL/LA PARTICIPANTE.

Nº	Apellidos y Nombre	Curso Escolar
Nº	Apellidos y Nombre	Curso Escolar
Nº	Apellidos y Nombre	Curso Escolar

MEDICACIÓN:

¿Debe tomar alguna medicación en el horario del Aula Concilia?

1º Hijo/a: Nombre de la medicación: _____ Horario: _____

2º Hijo/a: Nombre de la medicación: _____ Horario: _____

3º Hijo/a: Nombre de la medicación: _____ Horario: _____

ALERGIAS:

1º ¿Es alérgico a medicamentos? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún animal? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

ALERGIAS:

2º ¿Es alérgico a medicamentos? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún animal? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

ALERGIAS:

3º ¿Es alérgico a medicamentos? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún animal? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y/O DISCAPACIDAD:

1º ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

2º ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

3º ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

OTRA INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA:

Los Yébenes, a _____ de _____ de 20____

Firma del progenitor/a custodio del menor/es

ANEXO. DATOS ACLARATIVOS DEL/LA PARTICIPANTE.

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.-

Sus datos personales y/o los de su hijo/a o menor a su cargo serán usados para inscribirse y participar en las actividades programadas para facilitar la conciliación de las familias con hijas e hijos de hasta 14 años por el Ayuntamiento de Los Yébenes (Toledo) en el marco del Plan Corresponsables. Dichos datos son necesarios para poder participar en estas actividades organizadas por el Ayuntamiento de Los Yébenes (Toledo) dentro del Plan Corresponsables, lo que nos permite el uso de su información personal y/o la de su hijo/a o menor a su cargo dentro de la legalidad, en el ámbito de las competencias municipales.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información y/o de la información de su hijo/a o menor a su cargo, aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que pueda inscribirse y participar en las actividades del Plan Corresponsables programadas por el Ayuntamiento de Los Yébenes (Toledo). Igualmente, tendrán conocimiento de su información y/o de la información de su hijo/a o menor a su cargo aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos y/o los datos de su hijo/a o menor a su cargo durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:





AYUNTAMIENTO DE LOS YEBENES


PLAZA CONSTITUCIÓN, 1, CP 45470, LOS YEBENES (Toledo)

Dirección de contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos: **dpd@audidat.com**

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

- ☐  Consiento el uso de los datos sobre mi salud y/o los datos de salud de mi hijo/a o menor a mi cargo para poder participar en las actividades del Plan Corresponsables organizadas por el Ayuntamiento de Los Yébenes (Toledo).
- ☐  Consiento que se utilice mi número de teléfono para que AYUNTAMIENTO DE LOS YEBENES pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.
- ☐  Consiento que se utilice mi imagen, en caso de menores de 14 años la imagen de mi hijo/a o menor a mi cargo, para su publicación a través de las redes sociales y página web del Ayuntamiento de Los Yébenes (Toledo) con el fin de promocionar y difundir las actividades programadas en el marco del Plan Corresponsables.
- ☐  Consiento la publicación de mi imagen, y en caso de menores de 14 años la imagen de mi hijo/a o menor a mi cargo, en Internet y otros medios similares, así como en medios escritos con el fin de promocionar y difundir las actividades programadas por el Ayuntamiento de Los Yébenes (Toledo) en el marco del Plan Corresponsables.

 En el caso de personas menores de 14 años o incapaces, deberá otorgar su permiso el padre, madre o tutor del menor o incapaz.

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

Firma del interesado (en su caso, padre, madre o tutor):

Nombre y apellidos:

DNI: