

**SOLICITUDE GARDERÍA****DATOS DO NENO**

| | | |
|-----------|-------|--------------------|
| Apelidos: | Nome: | Data de nacemento: |
|-----------|-------|--------------------|

DATOS DO SOLICITANTE: Pai, Nai ou Titor legal.

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|
| N.I.F. / C.I.F.: | Apelidos: | Nome : | |
| Enderezo: | | | |
| Municipio: | Provincia: | Código Postal: | |
| Teléfono contacto 1: | Teléfono contacto 2: | Concello do lugar de Traballo: | Nº da Seguridade Social: |

DATOS DA UNIDADE FAMILIAR

| Apelidos e Nome (incluído o solicitante) | NIF | Data Nacemento | Parentesco | Situación Laboral | Ingresos anuais |
|--|-----|----------------|------------|-------------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Nº DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR | | | | | SUMA DE INGRESOS ANUAIS |

SERVIZOS SOLICITADOS: ASISTENCIA CON COMEDOR ASISTENCIA SEN COMEDOR**SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR**

- Nº de membros menores de 18 anos a cargo da unidade familiar, incluíndo o neno para o que se solicita a praza.

- Nº de membros maiores de 18 anos a cargo da unidade familiar, incluíndo o neno para o que se solicita a praza.

- Nº de membros, incluíndo o solicitante, con enfermidade ou discapacidade

Tipo de enfermidade ou discapacidade:

| | PAI | NAI | OUTROS MEMBROS |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Discapacidade física, Psíquica ou sensorial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermidade crónica que requira internamento periódico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcoholismo ou drogodependencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | SI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - condición de familia monoparental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ausencia no fogar familiar de ámbolos dous membros parentais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Condición de familia numerosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| - Situación laboral de ocupación de ámbolos dous membros parentais | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| - No caso de sinalar no punto anterior a opción NON, indicar a continuación o que corresponda | | |
| Situación laboral de desemprego sen prestación económica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Situación laboral de desemprego con prestación económica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realiza traballos sen cualificar fóra do fogar, sen percepción económica fixa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADXUNTA

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> DNI PAI / NAI / REPRESENTANTE LEGAL. |
| <input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA. |
| <input type="checkbox"/> XUSTIFICANTE DE INGRESOS (ÚLTIMA NÓMINA E COPIA DA DECLARACIÓN DO IRPF OU NO CASO DE NON ESTAR OBRIGADO A DECLARAR, CERTIFICACIÓNS EXPEDIDAS POLA AXENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA, CERTIFICADO DE PRESTACIÓN ECONÓMICA DO INEM OU CERTIFICADO DE NON PRESTACIÓN, SE É O CASO, CERTIFICACIÓN DE EMPRESA, XUSTIFICACIÓN DOUTROS INGRESOS). |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE MINUSVALIDEZ ALEGADA POLOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR, SO NO CASO DE QUE NON SEXA EXPEDIDO POLA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA. |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO MÉDICO. NO CASO DE ENFERMIDADES CRÓNICAS OU OUTRAS AFECCIÓNS ALEGADAS POLOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR DEBERASE FACER CONSTAR ESTA CIRCUNSTANCIA NO CERTIFICADO. |
| <input type="checkbox"/> INFORME DO EQUIPO DE VALORACIÓN E ORIENTACIÓN DAS DELEGACIÓNS PROVINCIAIS DA CONSELLERÍA DE ASUNTOS SOCIAIS, EMPREGO E RELACIÓNS LABORAIS OU ÓRGANO COMPETENTE NA MATERIA NA ADMINISTRACIÓN DO ESTADO OU NAS CORRESPONDENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS, SOBRE A NECESIDADE DE INTEGRACIÓN NO CASO DE NENOS CON DISCAPACIDADES. |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE INCIDENCIAS TALES COMO SEPARACIÓN DO CÓNIXUXE, ABANDONO DO FOGAR, ETC. |
| <input type="checkbox"/> INFORME DOS SERVIZOS SOCIAIS DO CONCELLO CORRESPONDENTE, NO SUPOSTO DE QUE SEXA NECESARIO POR FALTA DE ACREDITACIÓN DOCUMENTAL SUFICIENTE OU POR SITUACIÓNS ESPECIAIS NAS QUE VIVA A UNIDADE FAMILIAR. |
| <input type="checkbox"/> TARXETA SANITARIA NENO/A. |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE CONVIVENCIA EXPEDIDO POLO CONCELLO ONDE FIGURA EMPADROADO. |
| <input type="checkbox"/> CATRO FOTOS TAMAÑO CARNÉ. |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN (NO SEU CASO) DOS PAIS OU TITORES DO NENO PARA FACER FOTOS E GRAVAR VÍDEOS DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NA GARDERÍA MUNICIPAL. |

Mondariz Balneario, a de do 201

GARDERÍA DO CONCELLO DE MONDARIZ BALNEARIO

PROTECCIÓN DE DATOS: De acordo co establecido na Lei Orgánica 15/1999, informámoslle de que os seus datos persoais forman parte dun ficheiro, cuxo responsable é CONCELLO DE MONDARIZ BALNEARIO con domicilio social en Rúa da Constitución 1, 36890 MONDARIZ BALNEARIO (Pontevedra). A finalidade deste ficheiro é levar a cabo a xestión do servizo de gardería do concello e tramitar as solicitudes para o mesmo. Ca firma deste documento vostede consinte o tratamento de datos especialmente protexidos, como poden ser datos relacionados coa súa saúde, ca finalidade descrita. Se o desexa poderá exercita-los dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dirixíndose por escrito ó enderezo sinalado, achegando unha fotocopia do seu DNI.