

# ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL

## CURSO 2012/2013

### SOLICITUDE DE PREINSCRICIÓN

#### 1. DATOS DO/A NENO/A

|                    |                      |                    |
|--------------------|----------------------|--------------------|
| APELIDOS:          | NOME                 | DATA DE NACEMENTO: |
| LUGAR DE NACEMENTO | Nº TARXETA SANITARIA |                    |

#### 2. DATOS DO/A REPRESENTANTE LEGAL

|                               |            |                      |
|-------------------------------|------------|----------------------|
| DNI/NIE:                      | APELIDOS   | NOME                 |
| ENDEREZO:                     |            |                      |
| PROVINCIA                     | LOCALIDADE | CÓDIGO POSTAL        |
| CONCELLO DO LUGAR DE TRABALLO |            | Nº SEGURIDADE SOCIAL |
| RELACIÓN CO NENO/A:           | TEL. FIXO: | TEL. MOBIL:          |

#### 3. DATOS DA UNIDADE FAMILIAR (TÓDOLOS MEMBROS INCLUÍDO O/A SOLICITANTE)

| APELIDOS E NOME    | DNI/NIE | DATA DE NACEMENTO | PARENTESCO         | SITUACIÓN LABORAL       | INGRESOS ANUAIS |
|--------------------|---------|-------------------|--------------------|-------------------------|-----------------|
|                    |         |                   | <b>SOLICITANTE</b> |                         |                 |
|                    |         |                   |                    |                         |                 |
|                    |         |                   |                    |                         |                 |
|                    |         |                   |                    |                         |                 |
|                    |         |                   |                    |                         |                 |
| NÚMERO DE MEMBROS: |         |                   |                    | SUMA DE INGRESOS ANUAIS |                 |

#### 4. SERVIZOS QUE SOLICITA

| HORARIO          |      |
|------------------|------|
| XORNADA COMPLETA | DE A |
| XORNADA DE MAÑÁ  | DE A |
| XORNADA DE TARDE | DE A |
| HORARIO AMPLIADO | DE A |

| COMEDOR     |  |
|-------------|--|
| SI          |  |
| NON         |  |
| DÍAS SOLTOS |  |

|  |          |
|--|----------|
| LUGAR E DATA<br><br>_____, A ____ DE _____ DE 2012 | SINATURA |
|--|----------|

## I. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

|  |  |        |     |        |
|--|--|--------|-----|--------|
| Número de persoas que non forman parte da Unidade Familiar a cargo desta       |  |        |     |        |
| Número de membros da Unidade Familiar con Discapacidade ou enfermidade crónica |  |        |     |        |
| Tipo de enfermidade ou Discapacidade   |  | Nai    | Pai | Outros |
|  | Discapacidade Física, Psíquica ou Sensorial            |        |     |        |
|  | Enfermidade crónica que requira internamento periódico |        |     |        |
|  | Alcoholismo ou drogodependencia                        |        |     |        |
| Condición de Familia Monoparental  |  |        |     |        |
| Ausencia do Fogar familiar de ámbolos dous membros parentais                   |  |        |     |        |
| Irmáns/ás do/a solicitante de 0-3 que asisten a escolas infantís               |  |        |     |        |
| Nome   |  | Centro |     |        |
|  |  |        |     |        |
|  |  |        |     |        |
| Calquera circunstancia grave familiar que se queira alegar:                    |  |        |     |        |
|  |  |        |     |        |

## II. SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

|     | OCUPACIÓN LABORAL        | DESEMPREGO               | OUTRAS SITUACIÓNS |
|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| NAI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____             |
| PAI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____             |

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter persoal, infórmoa/o de que os datos persoais recollidos nesta solicitude se incorporarán a un ficheiro para o seu tratamento, coa finalidade da xestión deste procedemento. Vostede pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na lei, mediante un escrito dirixido ao Alcalde do Concello de Pontecesures, Avda. de Vigo nº 2, 36640 Pontecesures.

|  |          |
|--|----------|
| LUGAR E DATA<br>_____, A ____ DE _____ DE 2012 | SINATURA |
|--|----------|

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DO CONCELLO DE PONTECESURES

## **DOCUMENTACIÓN DA SOLCITUDE:**

(PRESENTARANSE OS ORIXINAIS PARA O SEU COTEXO)

- DNI/NIE
- LIBRO DE FAMILIA
- TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA, DE SER O CASO
- TARXETAS SANITARIAS
- CERTIFICADO DE EMPADROAMENTO
- CERTIFICADO DE CONVIVENCIA
- CERTIFICADOS DE MINUSVALÍA, SE SE ALEGA ESTA CIRCUNSTANCIA
- ÚLTIMA DECLARACIÓN DO IRPF DE TÓDOLOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR, OU NO SEU DEFECTO, CERTIFICADO EXPEDIDO POLA DELEGACIÓN DE FACENDA
- PAGAMENTOS FRACCIONADOS DO ANO CORRESPONDENTE, NO CASO DE AUTÓNOMOS/AS
- ÚLTIMA NÓMINA, OU XUSTIFICACIÓN DA SITUACIÓN LABORAL NO MES ANTERIOR Á PRESENTACIÓN DA SOLCITUDE
- CERTIFICACIÓNS DO INEM SOBRE A PERCEPCIÓN DE PRESTACIÓNS POR DESEMPREGO DOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR QUE ALEGUEN ESTA CIRCUNSTANCIA
- XUSTIFICACIÓN DO HORARIO LABORAL
- CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DE CURSAR ESTUDOS OFICIAIS, DE SER O CASO
- TARXETAS DE DESEMPREGO
- XUSTIFICANTES DE GASTOS DE VIVENDA (ALUGUER OU HIPOTECA)

**NO CASO DE QUE SE LLE CONCEDA A PRAZA SOLICITADA, NO PRAZO DE MATRÍCULA PRESENTARÁ ADEMAIS:**

- INFORME MÉDICO DO/A NENO/A
- CARNÉ DE VACINACIÓN ACTUALIZADO
- TARXETA SANITARIA DO/A NENO/A
- SEIS (6) FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNÉ DO/A NENO/A
- IMPPRESO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA CUMPRIMENTADO
- AUTORIZACIÓN ESCRITA DA/S PERSOA/S QUE PODERÁN RECOLLER AO NENO/A DA E.I.M.
- XUSTIFICANTE DO PAGO DA MATRÍCULA (20,00€)