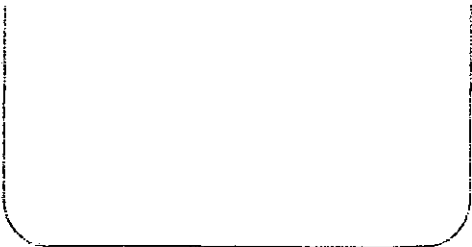


120036

Código SIACI
SI4JS



SOLICITUD PLAZA SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre 1º Apellido 2º Apellido

NIF NIE Nº de Documento Fecha de Nacimiento:

Domicilio Población

Provincia Código Postal Teléfono

En caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia, indique cual:

2. DATOS FAMILIARES: PADRE-MADRE-TUTOR/A

Nombre 1º Apellido

2º Apellido NIF NIE Nº de Documento:

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Secretaría General de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes con la finalidad de la gestión y seguimiento del expediente académico de los alumnos de los centros dependientes de la Consejería. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, Bulevar del Río Alberche, s/n 45007 o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

3. DATOS ACADÉMICOS

Año Académico Centro Docente:

Localidad Provincia

Etapa: Ed. Infantil Ed. Primaria Ed. Secundaria Garantía Social Curso:

Tipo de Jornada: Continua Partida

4. SOLICITUD DE PLAZA

Servicio que solicita: COMIDA MEDIODIA AULA MATINAL

Fecha de inicio del servicio de comedor:

Causas que lo justifican:

- Utilización de transporte y jornada de mañana y tarde
- Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges
- Otras causas (especificar):

5. SOLICITUD DE AYUDA

ALUMNADO CON DERECHO A AYUDA	COMIDA MEDIODIA	AULA MATINAL	RENTA ECONOMICA
TRANSPORTE ESCOLAR			
AYUDA INDIVIDUAL TRANSPORTE ESCOLAR			
AYUDA EN ESPECIE DE COMEDOR ESCOLAR			
Nº DE MIEMBROS UNIDAD FAMILIAR			

6. DECLARACIONES RESPONSABLES

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación del solicitante, **DECLARA:**
Ser ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

7. AUTORIZACIONES

El solicitante **AUTORIZA** **SI** **NO** a los Servicios Periféricos de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los datos acreditativos de identidad, domicilio o residencia, información de índole tributaria y sobre afiliación a la Seguridad Social y datos o documentos emitidos o que se encuentren en poder de la Administración regional, en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

8. DOCUMENTACIÓN

La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:
 Informe/certificado médico, en caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia

9. DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN.

TITULAR CUENTA BANCARIA: Nombre: Primer Apellido
Segundo Apellido Entidad: Oficina

Autorizo que los recibos del Comedor/Aula Matinal del Colegio / IES / Empresa, sean cargados en esta cuenta:

IBAN	Código Entidad	Sucursal	DC	Número de Cuenta

10. FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL.

En....., a.....de.....de

Fdo:.....

SR/A DIRECTOR/A DEL CENTRO.