



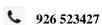






## **SOLICITUD DE PLAZA DE AULA MATINAL** CURSO 2023/2024

1. DATOS DEL ALUMNO/A									
Nombre	1° Apellido 2° Apellido								
NIF  NIE	N° 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 (obligatorio presentar informe médico donde se indique tipo de alergias o intolerancias como se recoge en el punto 5):									
2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (PADRE-MADRE-TUTOR/A)									
Nombre	1° Apellido								
2º Apellido	NIF □ NIE □ N° de Documento:								
	☐ Mujer ☐ Hombre								
Domicilio									
Localidad	Código Postal								
Teléfonos	Email								
El correo electrónico	designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.								
	3. INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS								
Responsable:	Secretaría General de Educación. Cultura y Deportes								
Finalidad:	Gestión del servicio de comedores escolares.								
Legitimación:	6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de datos; 6.1.e) Misión de interés público o ejercicio de poderes público del Reglamento General de Protección de datos.  L.O. 2/2006, de 3 de mayo de Educación/Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla La Mancha/ Ley 38/2003								
Origen de los datos	El propio interesado o su representante legal, Administraciones Públicas								
Categoría de los datos	Datos de carácter identificativo: NIF/DNI.; nombre y apellidos, dirección, teléfono, firma, firma electrónica, correo electrónico. Datos especialmente protegidos: Religión, creencias, salud. Otros datos identificativos: características personales, circunstancias sociales, académicos y profesionales, económicos, financieros y de seguros, orden judicial, declaración de incapacidad legal.								
Destinatarios	No existe cesión de datos								
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos. Tal y como se explica en la información adicional.								
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/1027								













4. DATOS DEL CURSO PARA EL QUE SE SOLICITA LA PLAZA										
Año Académico	Centro Docente:									
Localidad	Provincia									
Etapa:	Ed. Infantil									
5. SOLICITUD DE PLAZA (características específicas de la prestación del servicio)										
AULA MATINAL  USUARIO HABITUAL  USUARIO ESPORÁDICO	L M M J V D									
HORARIO	7:30									
Causas que lo justifican:  ☐ Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges ☐ Familia monomarental/ monoparental ☐ Circunstancia especial (especificar causas)										
6. ACRI	EDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS									
Declaraciones responsables:  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente:    En el caso de solicitantes menores de edad, el/la progenitor/a firmante declara actuar, en caso de ser legalmente necesario, con el consentimiento de otro progenitor/a.    Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello. Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida en este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser consecutivos de un ilícito penal.  Autorizaciones:  Con la presente solicitud y de acuerdo  La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:    Informe médico en caso de alergias o intolerancias alimentarias										











## SOLICITUD DOMICILIACIÓN AULA MATINAL

TASA SERVICIO AULA MATINAL												
20 € mes/ alumno.												
Sr. Recaud	dador:											
escolar de	mi hijo/a, se	an prese		ro en la Entidad	lles, correspondier d que designo, a la d							
				DATOS DEL AL	UMNO/A:							
Apellidos:					Nombre:							
F. Nacimiento			Domicili	o Familiar:								
Teléfono Contacto 1:				CEIP			Curso					
TITULAR DE LA CUENTA					D.N.I.							
IBAN	ENTIDAI	) !	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA							
En Argamasilla de Alba, a		ı, a	de		de 20	·						
			En	, a	ded	e						
			F	-do:								