



CORRESPONSABLES



GENERALITAT VALENCIANA
Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas



SOLICITUD INSCRIPCIÓN TALLERES INFANTILES GRAN ALACANT

DATOS MADRE/ PADRE / TUTOR/TUTORA LEGAL DEL /LA MENOR		
Nombre:		
Apellidos:		
NIF:	Sexo:	Edad:
Dirección:		Código Postal:
Localidad:	Municipio:	
Teléfono:		
Correo electrónico:		

DATOS DE LA/EL MENOR		
Nombre:		
Apellidos:		
NIF:	Sexo:	Edad:
Fecha de nacimiento:		
Dirección en caso de que sea diferente a la de la persona solicitante:		
Centro escolar:		

LA PERSONA SOLICITANTE DECLARA ENCONTRARSE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES (señalar lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/>	Ser víctima de violencia género.
<input type="checkbox"/>	Familia monomarental o monoparental.
<input type="checkbox"/>	Empleado/a.
<input type="checkbox"/>	Ser mayor de 45 años.
<input type="checkbox"/>	Tener otras cargas relacionadas con los cuidados.

SITUACIÓN UNIDAD FAMILIAR		
Nº miembros de la unidad familiar:	Menores de 16 años:	Mayores de 65:
Nº personas con discapacidad:	Nº personas en situación de dependencia:	
SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA PERSONA SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> Con empleo remunerado	<input type="checkbox"/> En situación de desempleo	<input type="checkbox"/> Otras situaciones(cuál)
SITUACIÓN ECONÓMICA DE OTRO PROGENITOR/A		
<input type="checkbox"/> Con empleo remunerado	<input type="checkbox"/> En situación de desempleo	<input type="checkbox"/> Otras situaciones (cuál)
RENTAS FAMILIARES ANUALES		
<input type="checkbox"/> Menores de 14.000€ anuales	<input type="checkbox"/> Entre 14.000€ y 24.000€ anuales	<input type="checkbox"/> Mayores de 24.000€ mensuales

PERIODO SOLICITADO		
<input type="checkbox"/> Julio	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Julio y Agosto



INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE LA PERSONA MENOR DE EDAD

<input type="checkbox"/>	¿Padece alguna enfermedad? En caso afirmativo, especificar cuál y tratamiento prescrito.
<input type="checkbox"/>	¿Padece alguna alergia? En caso afirmativo, especificar qué tipo y tratamiento prescrito.
<input type="checkbox"/>	¿Tiene que tomar algún tipo de medicamento durante el tiempo que está en las actividad "TALLERES INFANTILES GRAN ALACANT"? En caso afirmativo, especificar.
<input type="checkbox"/>	Otras circunstancias a considerar, de relevancia con respecto a la persona menor que va a participar en la actividad "TALLERES INFANTILES GRAN ALACANT":
	Especificar:

AUTORIZACIONES (Marque lo que proceda):

	Autorizo que el/la menor participe en el programa "TALLERES INFANTILES GRAN ALACANT", y en las excursiones que se hagan fuera del centro municipal. SI NO
	Autorizo a que el Ayuntamiento pueda tomar fotografías del grupo en el que aparece la imagen de mi hijo/hija y las publique con fines no comerciales. (Facebook Ayuntamiento de Santa Pola / Facebook Concejalía de Igualdad). SI NO
	Autorizo a las siguientes personas para la recogida de mi hijo/a a la salida de la actividad "TALLERES INFANTILES GRAN ALACANT" (deberá hacerse constar Nombre y apellidos de la persona, número de DNI /NIE y adjuntar fotocopia DNI /NIE): 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____



CORRESPONSABLES



GENERALITAT VALENCIANA
Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas



- La persona solicitante declara formalmente bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que se compromete a informar de cualquier modificación en los mismos.
- Con la presentación de esta solicitud y de acuerdo con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el derecho a no aportar documentos al procedimiento, se autoriza la consulta u obtención de aquella documentación que haya sido elaborada por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.
- Deberá aportar necesariamente los documentos a cuya consulta se opone para que el Ayuntamiento pueda conocer que concurren los requisitos establecidos, en caso contrario, no se podrá estimar su solicitud.

Oposición a la consulta de sus datos.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	
ACTIVIDAD DE TRATAMIENTO	Admisión en actividades, programas o servicios prestados en el marco del Plan Corresponsables.
RESPONSABLE	El Ayuntamiento.
FINALIDAD	Los datos personales recabados a través del presente formulario, así como los generados en el transcurso de la relación administrativa, serán tratados para gestionar la admisión de los solicitantes en función de los criterios de prioridad establecidos en la Resolución de 29 de diciembre de 2021 por la que se resuelve la concesión de las subvenciones dirigidas a los Ayuntamientos para el desarrollo del proyecto “ Bolsas de cuidado profesional para familias con hijos e hijas menores de 14 años”. (DOGV Núm. 9247/ 31.12.2021)
LEGITIMACIÓN	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos, según dispone el artículo 6.1e) del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).
DESTINATARIAS/OS	No se cederán datos a terceros .
DERECHOS	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el ejercicio de sus derechos y la protección de sus datos Personales en la siguiente dirección: https://santapola.sedelectronica.es/privacy

En Santa Pola, a de de 2024

Firma de la/s personas responsable/sdel/ la menor
(padre/madre/ tutor/tutora/ representante legal)