Nº Procedimiento

ultura y Deportes

Castilla-La Mancha

Código SIACI

SI4JS

120036

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

1. DATOS 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 (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 | 1º Apellido

2º Apellido | NIF ☐ NIE ☐ Nº 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 ☐ Ed. Primaria ☐ Curso:

5. SOLICITUD DE PLAZA (características específicas de la prestación del servicio)

Servicio Solicitado:	**COMIDA MEDIODIA** USUARIO HABITUAL ☐ USUARIO ESPORÁDICO ☐	DIAS DE ASISTENCIA (MARCAR CON X LOS DÍAS QUE ASISTA) L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐	FECHA DE ALTA:
	AULA MATINAL USUARIO HABITUAL ☐ USUARIO ESPORÁDICO ☐	L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐	FECHA DE ALTA:

Causas que lo justifican:

☐ Utilización de transporte o jornada de mañana y tarde

☐ Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges

☐ Otras causas previstas en el art. 8.3 del Decreto 138/2012 de 11/10/2012(especificar causas)

6. ACREDITACIÓN 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

ta la siguiente documentación:

☐ Informe médico en caso de alergias o intolerancias alimentarias

7. 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									

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

En……..……, a……de……..……de …..

Fdo:…….....