

**SOLICITUD DE PLAZA
CENTROS: PROGRAMA CRECEMOS**

CURSO: _____

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR	Datos de los solicitantes:				
	1º	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Padre	Madre	Tutor	Casado
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2º	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Padre	Madre	Tutor	Casado	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Teléfono fijo	Teléfono móvil	FAX	Correo electrónico	
	Número de miembros que constituyen la unidad familiar: _____				
	Datos del menor: Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/>				
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.	
	Localidad de nacimiento		Provincia de nacimiento	País de nacimiento	
				Nacionalidad	
	Domicilio familiar:				
	Dirección		Localidad	Provincia	
				Código postal	
	Domicilio laboral: (en caso de cumplimentarse, éste sustituirá al domicilio familiar a efectos de baremación de proximidad al centro)				
	Dirección		Localidad	Provincia	
				Código postal	

CIRCUNSTANCIAS	<input type="checkbox"/> Familia numerosa con título de la Comunidad de Castilla y León ▶	General <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>	Número de título	Validez hasta
	<input type="checkbox"/> Hermanos que confirman plaza en el centro para el mismo curso que se solicita.				
	<input type="checkbox"/> Niño nacido de parto múltiple.				
	<input type="checkbox"/> Discapacidad igual o superior al 33% del niño o de alguno de sus padres, tutor o hermanos ▶	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.
	<input type="checkbox"/> Circunstancias sociofamiliares que ocasionen un grave riesgo para el niño.				
<input type="checkbox"/> Otras circunstancias a considerar para fijar la tarifa mensual:					

PETICION DE CONTINUIDAD <input type="checkbox"/>
NUEVO INGRESO <input type="checkbox"/>

En _____, a _____ de _____ de _____
FIRMA SOLICITANTE / SOLICITANTES

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Doy/Damos mi/nuestro consentimiento para que los datos contenidos en este formulario se incorporen a un fichero de datos de carácter personal, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a la Diputación Provincia de Ávila, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en su desarrollo.