

## SOLICITUD CAMPAMENTO VERANO CASA DE LA CULTURA

PRIORIDAD PARA EMPADRONADOS (PUNTUACIÓN) MARQUE LO QUE CORRESPONDA							
8 PUNTOS FAMILIAS CON: Todos los miembros de la unidad familiar empadronados					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
5 PUNTOS FAMILIAS CON: Algunos de los miembros de la unidad familiar empadronados					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3 PUNTO FAMILIAS CON: Ninguno de los miembros de la unidad familiar empadronados					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DATOS FAMILIARES		BONIFICACIONES (TODA LA UNIDAD FAMILIAR DEBE ESTÁ EMPADRONADA PARA SOLICITARLA)					
Familia monoparental o monomarental:	SI <input type="checkbox"/>	Familia numerosa	<input type="checkbox"/> General (-10%)		¿SOLICITA BONIFICACIÓN?		
	NO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Especial (-15%)			<input type="checkbox"/> SI *Ver al dorso	
DATOS DEL PADRE/MADRE							
Nombre y apellidos:							
DNI:		Edad:		Teléfono:			
Dirección:							
Provincia:		Localidad:					
Trabaja:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Correo electrónico:				
DATOS DEL PADRE/MADRE							
Nombre y apellidos:							
DNI:		Edad:		Teléfono:			
Dirección:							
Provincia:		Localidad:					
Trabaja:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Correo electrónico:				
Nº DE HIJOS/AS QUE DESEA INSCRIBIR EN EL SERVICIO							
Nombre	Apellidos		Edad	Fecha de nacimiento			
Si se quedara sin plaza en el campamento, ¿querría plaza en el campamento de la Zona Sur?					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
PERIODO Y HORARIO EN LOS QUE SE INSCRIBEN							
PERIODO	De 7:30h a 9:00h		De 9:00h a 14:00h		De 14:00h a 15:45h		
	HORARIO MATINAL	Nº DESAYUNOS	HORARIO LECTIVO	TARDE	Nº COMIDAS		
JUNIO: Del 22 al 30	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
JULIO: 1ª Quincena	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
JULIO: 2ª Quincena	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
AGOSTO: 1ª Quincena	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
AGOSTO: 2ª Quincena	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SEPTIEMBRE: Del 1 al inicio del curso escolar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
INSCRIPCION POR SEMANAS O DÍAS							
PERIODO	De 7:30h a 9:00h		De 9:00h a 14:00h		De 14:00h a 15:45h		SEMANAS/ DÍAS
	HORARIO MATINAL	Nº DESAYUNOS	HORARIO LECTIVO	TARDE	Nº COMIDAS		
JUNIO: Del 22 al 30	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
JULIO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
AGOSTO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SEPTIEMBRE: Del 1 al inicio del curso escolar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
AUTORIZACIONES EXPRESAS A PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ESPECIALES							
Autorizo a mi/s hijo/s para participar en las actividades de <b>piscina</b> .					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Autorizo a mi/s hijo/s para participar en las <b>salidas</b> que se realicen dentro del entorno próximo					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Autorizo a que mi/s hijo/s puedan aparecer en <b>fotografías</b> dentro de actividades para la web, blog, etc. del Ayto.					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>OBSERVACIONES</b> (alergias, intolerancias, enfermedades etc.)							

NUMERO DE CUENTA BANCARIA				
Código IBAN	Entidad	Oficina	D.C	Nº de cuenta

**Fecha y Firma**

**\*BONIFICACIONES (TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR EMPADRONADOS)**

**Familias Numerosas:** Titulo de familia numerosa en vigor.

**Resto de bonificaciones:**

- DNI o NIE de todos los familiares que dispongan.
- Libro de familia.
- Nóminas percibidas en el año en curso (de enero a mayo) de todos los miembros de la Unidad Familiar en situación activa de empleo.
- Declaración Responsable de los ingresos referidos al año en curso de cada uno de los miembros mayor de edad que integran la Unidad Familiar.
- En el supuesto de estar en desempleo, por cada uno de los miembros que se encuentren en esta situación:
  - ✓ Tarjeta de demanda de empleo
  - ✓ En el caso de recibir algún tipo de prestación por desempleo, certificado expedido por la Dirección Provincial del Servicio Público de Empleo Estatal de Toledo, indicando cuantía y duración de la misma.
  - ✓ En el caso de no percibir ninguna prestación por desempleo, certificado indicando que no se es beneficiario de ningún tipo de prestación expedido por la Dirección Provincial del Servicio Público de Empleo Estatal de Toledo
- En caso de pensionistas, certificado de pensión y revalorización del ejercicio en curso.
- En caso de separación de los progenitores se presentará fotocopia del Convenio Regulador en el que aparezca la cantidad económica que supone la pensión de manutención, al considerarse ésta como ingresos de la unidad familiar; en el supuesto de no percibir pensión alimenticia, aún estando recogido en el Convenio Regulador, deberá ser acreditado de forma fehaciente.
- Le podrán ser solicitados, por sus circunstancias personales y/o económicas, otros documentos
- 

**INFORME TÉCNICO**

D. \_\_\_\_\_, Técnico de los Servicios Sociales de Atención Primaria,  
emite el siguiente INFORME:

Olías del Rey, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**SRA. ALCALDESA – PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE OLÍAS DEL REY**

# DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./DÑA.  
TFNO.

D.N.I.

**Declaro mi consentimiento para el tratamiento de mis datos por los Servicios Sociales del Ayuntamiento con el fin de facilitarme información y asesoramiento en su materia, así como para la gestión o tramitación de los recursos y servicios precisos para ello.**

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y con la normativa española vigente, se le informa que los datos recogidos en los formularios necesarios y documentación anexa al mismo para la prestación del servicio que se pretende. Su negativa a proporcionarlos supondría la imposibilidad de prestar el mismo. Con su firma de aceptación de la solicitud consiente expresamente y autoriza como Responsable del Tratamiento al AYUNTAMIENTO DE OLIAS DEL REY para el tratamiento de todos los datos personales facilitados por usted a fin de prestarle el servicio solicitado y realizar la gestión de este. Los datos proporcionados se conservarán el tiempo necesario para el cumplimiento legal. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión, limitación u oposición y en su caso portabilidad. Contacto Delegado de Protección de Datos: Francisco Rojas [frojas@prevensystem.com](mailto:frojas@prevensystem.com)

Si doy mi consentimiento

No doy mi consentimiento

**Firma padre/madre**