

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO CURSARÁ LOS ESTUDIOS																												
NOMBRE DEL CENTRO:																CÓDIGO DEL CENTRO												
2. DATOS DEL ALUMNO/A (sólo rellenar si ha cambiado)																												
PRIMER APELLIDO:														SEGUNDO APELLIDO:														
NOMBRE:														DNI:							SEXO: MUJER ☐ HOMBRE ☐							
DOMICILIO:																CÓDIGO POSTAL:												
PROVINCIA:														LOCALIDAD:														
2.1. DATOS DEL CURSO ESCOLAR PARA LOS QUE SOLICITA LA PLAZA:																												
ETAPA														CURSO														
☐ 1º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL														☐ 2º ☐ 3º														
☐ 2ºCICLO EDUCACIÓN INFANTIL														☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º														
☐ EDUCACIÓN PRIMARIA														☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º														
☐ E.S.O.														☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º														
2.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:																												
DIETA ESPECIAL: ☐ NO ☐ SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: IMPORTANTE: Deberá adjuntar <u>certificado médico</u> emitido por el especialista que lo acredite.														TIPO DE SERVICIO: ☐ HABITUAL: asistirá todos los días lectivos ☐ HABITUAL DISCONTINUO: deberá tener una asistencia mínima mensual del 50% de los días en que se preste servicio de comedor. Deberá presentar el CALENDARIO DE ASISTENCIAS antes del día 1 de cada mes. ☐ ESPORÁDICO FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA: / /														
3. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE 1 (PADRE/MADRE/TUTOR/OTROS) (sólo rellenar si ha cambiado)																												
PRIMER APELLIDO:							SEGUNDO APELLIDO:							NOMBRE:														
DNI/NIF:							PARENTESCO:							TELÉFONOS:							EMAIL:							
4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE 2 (PADRE/MADRE/TUTOR/OTROS) (sólo rellenar si ha cambiado)																												
PRIMER APELLIDO:							SEGUNDO APELLIDO:							NOMBRE:														
DNI/NIF:							PARENTESCO:							TELÉFONOS:							EMAIL:							
5. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA:																												
DNI/NIE:				NOMBRE:									APELLIDO 1:									APELLIDO 2:						
NºCUENTA (IBAN):								-						-					-									

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmas de los solicitantes que figuran en los apartados 3 y 4

* El/la firmante declara bajo su responsabilidad que los datos consignados en la solicitud son ciertos.

* El/la firmante autoriza a los cuidadores del servicio a que en caso de necesidad a avisar a los servicios de emergencia del 112.

Una imputación autoriza a los titulares del servicio a que en caso de necesidad, a través de los servicios de emergencia del 112, los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros e Infraestructuras, con la finalidad de tramitar su solicitud de ayuda de comedor escolar. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el Portal de Educación: <http://www.educa.jcyl.es/familias/es/servicios/comedores-escolares> así como en la Aplicación de Comedores Escolares y en sede electrónica: <https://www.tramitacastillavleon.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181053840/Avuda012/1209383392824/Propuesta>

SR/SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO: PROVINCIA: