



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 6):

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 <input type="checkbox"/> USUARIO ESPORÁDICO <input type="checkbox"/> | DIAS DE ASISTENCIA (MARCAR CON X LOS DÍAS QUE ASISTA) L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> | FECHA DE ALTA: |
| | AULA MATINAL USUARIO HABITUAL <input type="checkbox"/> USUARIO ESPORÁDICO <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> | 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

La persona abajo firmante aporta 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:

| Código Entidad | Sucursal | DC | Número de Cuenta |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

En....., a.....de.....de

Fdo:.....