

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

SOLICITUD PLAZA PARA RESIDENCIAS ESCOLARES Y ESCUELAS-HOGAR

NUEVA ADJUDICACIÓN RENOVACIÓN

Fecha de presentación:

Los recuadros sombreados son a cumplimentar por la Administración

Número de registro: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE											
Primer Apellido					Segundo Apellido						
Nombre					Hombre	Mujer	NIF		Fecha de nacimiento		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Día	Mes	Año
Tipo de Vía ⁽¹⁾					Núm.			Escalera	Piso	Letra	
<input type="checkbox"/>											
Localidad			C. Postal	Provincia		Teléfono					

(1) Tipo de vía: Cumplimentar con uno de los códigos siguientes 1 si es calle; 2: plaza; 3: avenida; 4: paseo; 5: ronda; 6: carretera; 7: travesía; 8: otros.

2 DATOS ACADÉMICOS									
1. Curso y enseñanza que realiza el solicitante en el curso actual:									
Centro donde los realiza:								Código: [] [] [] [] [] [] [] []	
Localidad:					Provincia:				
2. Curso para los que solicita plaza de Residencia Escolar o Escuela-Hogar:									
<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA		<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA			<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL		CURSO:		código [] [] [] []
<input type="checkbox"/> BACHILLERATO		Modalidad					CURSO:		
<input type="checkbox"/> FORMACIÓN PROFESIONAL		<input type="checkbox"/> C.F. GRADO MEDIO			<input type="checkbox"/> C.F. GRADO SUPERIOR		CURSO:		
DENOMINACIÓN DEL CICLO FORMATIVO									
<input type="checkbox"/> ARTES PLÁSTICAS Y DISEÑO		<input type="checkbox"/> C.F. GRADO MEDIO			<input type="checkbox"/> C.F. GRADO SUPERIOR		CURSO:		
DENOMINACIÓN DEL CICLO FORMATIVO									
<input type="checkbox"/> ENSEÑANZAS DEPORTIVAS, PROFESIONALES DE MÚSICA O PROFESIONALES DE DANZA									
DENOMINACIÓN									
3. Residencias Escolares o Escuelas Hogar donde solicita plaza:									
1º								Código:	
2º								Código:	
3º								Código:	

3 MOTIVO DE LA SOLICITUD									
a) <input type="checkbox"/> Lejanía del domicilio al centro que imparte las enseñanzas solicitadas e imposibilidad de servicio de transporte. (S/N)									
b) <input type="checkbox"/> Pertenencia a familia que pasan largas temporadas fuera de su lugar de residencia. (S/N)									
c) <input type="checkbox"/> Pertenencia a familia en situación de dificultad extrema. (S/N)									
d) <input type="checkbox"/> Hijo o hija de mujer atendida en centro de acogida para mujeres víctimas de violencia de género. (S/N)									
e) <input type="checkbox"/> Compatibilizar los estudios de educación secundaria obligatoria con enseñanzas profesionales de música o danza. (S/N)									
f) <input type="checkbox"/> Compatibilizar la escolarización con la progresión deportiva en clubes y entidades de superior categoría. (S/N)									
Todas las circunstancias deberán acreditarse con la correspondiente documentación.									

4 OTRAS CIRCUNSTANCIAS									
a) Penta de la unidad familiar []									
Números de miembros de la unidad familiar []									
b) Discapacidad									
<input type="checkbox"/> Alumno/a		<input type="checkbox"/> Tutores o guardadores legales			<input type="checkbox"/> Hermanos o hermanas o menores en acogimiento				
c) <input type="checkbox"/> Familia numerosa		<input type="checkbox"/> Monoparental							
d) <input type="checkbox"/> Algún miembro de la familia que ejerce la tutela se encuentra internado de un centro penitenciario									

5	PARA ENSEÑANZAS POSOBLIGATORIAS
a) Nota media del último curso finalizado	<input style="width: 100px;" type="text"/>
b) Distancia en kms. entre el domicilio familiar y el centro más cercano donde se imparten las enseñanzas que se desean cursar	<input style="width: 100px;" type="text"/>

6	INFORMACIÓN DE CARÁCTER TRIBUTARIO
----------	---

(Deberá incluir todos los miembros de la unidad familiar y ser firmada por los mayores de 16 años a fecha de 31 de diciembre del ejercicio fiscal del IFFF inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de finalización del periodo de presentación de la solicitud de admisión)

A efectos de acreditación de la renta anual de la unidad familiar, los abajo firmantes **DECLARAN** responsablemente que cumplen sus obligaciones tributarias, así como que **AUTORIZAN** expresamente a la Consejería competente en materia de educación para recabar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria o, en su caso, de los órganos competentes de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, la información de carácter tributario de ejercicio fiscal del IFFF inmediatamente, con plazo de presentación vencido, a la fecha de finalización del periodo de presentación de la solicitud de admisión.

NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NIF/NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	FIRMA:		

002144

7 ACREDITACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS DECLARADAS

A efectos de acreditación del domicilio familiar, de la discapacidad, o de la pertenencia a familia con la condición de numerosa, el firmante de la solicitud o, en su caso, los abajo firmantes, AUTORIZAN a la Consejería competente en materia de educación para recabar la información necesaria con el fin de verificar los datos declarados. (Deberá marcar con una X la circunstancia declarada y, en su caso, cumplimentar los datos y firmar para autorizar la verificación)

LOCALIDAD DEL DOMICILIO FAMILIAR

FAMILIA NUMEROSA

DISCAPACIDAD DEL ALUMNO/A

DISCAPACIDAD DE ALGÚN TUTOR O GUARDADOR LEGAL

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA:
-----------	----------------------	-------------------------	--------

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA:
-----------	----------------------	-------------------------	--------

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA:
-----------	----------------------	-------------------------	--------

DISCAPACIDAD DE ALGÚN HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA VERIFICACIÓN:
-----------	----------------------	-------------------------	---

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA VERIFICACIÓN:
-----------	----------------------	-------------------------	---

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA VERIFICACIÓN:
-----------	----------------------	-------------------------	---

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA VERIFICACIÓN:
-----------	----------------------	-------------------------	---

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA VERIFICACIÓN:
-----------	----------------------	-------------------------	---

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

NIF/ NIE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROMNCIA DE NACIMIENTO:	FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA VERIFICACIÓN:
-----------	----------------------	-------------------------	---

002144

8	LUGAR, FECHA Y FIRMA
D./ D ^a como solicitante/ padre/ madre/ tutor legal/ guardador legal, SOLICITA le sea adjudicada la plaza de residencia escolar, para el curso escolar	
En a	
Firma del solicitante, padre, madre, tutor legal o guardador legal.	
Fdo.:	

DIRECTOR/A GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y CENTROS

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería competente en materia de educación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/ impreso/ formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la realización de notificación, traslado de información.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.