



Procedemento:

**SOLICITUDE DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO URBANO NADAL 23/24
CEIP AREALONGA (3-7 ANOS)**

Código do Procedemento:

14002

Documento

SOLICITUDE

DATOS DAS PERSOAS SOLICITANTES MENORES DE IDADE.
Nados/as entre o 1 de xaneiro de 2016 e o 31 de decembro de 2019.

NOME MENOR	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN, en calidade de: **Nai** **Pai** **Titora/or**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM	LETRA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA	TOPONIMIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	MUNICIPIO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN PARA PERSOAS FÍSICAS

Estos datos surtirán efecto únicamente no expediente asociado a esta solicitude.

Notifíquese a: **Persoa solicitante** **Persoa ou entidade representante**

No suposto de non indicar a persoa a quen notificar, a notificación practicarase no enderezo do solicitante.

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas xurídicas están obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración, polo que non é preciso que cubran este espazo.

Electrónica: A través da sede electrónica do Concello de Vilagarcía de Arousa (<https://sede.vilagarcia.gal>)

Postal: (cubrir o enderezo postal só se é distinto ao indicado para o solicitante)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM	LETRA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA	TOPONIMIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	MUNICIPIO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

AUTORIZACIÓN PARA COMPROBACIÓN DE DATOS PERSOAIS

Autorizo expresamente a comprobación, consulta e obtención telemática dos datos referidos a esta solicitude segundo o disposto na Lei 39/2015 de 1 de outubro. **Autorizo** **Non Autorizo**

PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Concello de Vilagarcía de Arousa
Finalidades do tratamento	Xestión do procedemento e actuacións administrativas
Lexitimación para o tratamento	O exercicio de potestades públicas segundo a normativa aplicable detallada no Rexistro de Tratamento e de uso histórico, estatístico e científico: (Sede Electrónica /Transparencia/Protección de Datos/Rexistro de Actividades Tratamento)
Destinatarios dos datos	Administracións Públicas e segundo o Rexistro de Tratamento
Exercicio de dereitos	Acceder, rectificar e suprimir os datos, ou calquera outro dereito recoñecido no Regulamento UE Xeral de Protección de Datos e a Lei Orgánica 3/2018
Contacto delegado/a de protección de datos e máis información	https://sede.vilagarcia.gal ou dpd@vilagarcia.gal

AUTORIZACIÓN:

AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS, GRAVACIÓN DE IMAXES E REXISTRO DE SON:

Autorizo para que lle/s realice/n fotografías ou gravacións audiovisuais durante a actividade, que poder ser utilizadas polo Concello ou publicadas nos medios de comunicación, tendo en conta sempre os deritos da infancia e sen desvirtuar o contexto no que foron captadas.

Autorizo Non Autorizo

DECLARACIÓN RESPONSABLE:

Declaro que o/a menor está empadroado no Concello de Vilagarcía de Arousa.

Que coñezo, acepto e acato as Bases do Servizo.

CUESTIONARIO DE CONDICIÓN DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- | | SI | NON |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ten algunha alerxia (a medicamentos, alimentos, gramíneas, etc...?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Padece algunha enfermidade infecto-contaxiosa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Padece algunha enfermidade que precise de cuidados especiais? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Padece algunha limitación física e/ou funcionar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Está vacunado segundo a lexislación vixente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Precisa actualmente algunha medicación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Outras observacións:

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA COA SOLICITUDE:

1. Copia do DNI dos/as proxenitores e do/a menor (de non ter DNI, folia correspondente do libro de familia)
2. Certificado de recoñecemento minusvalía ou do grao e nivel de dependencia e un informe explicativo do tipo de discapacidade ou das características do/a menor, para os efectos da selección axeitada do persoal de apoio que vai necesitar (de selo caso)
3. Documento acreditativo de situación de violencia de xénero emitido polo C.I.M. municipal (de selo caso)
4. No caso dos/as menores en situación de tutela ou garda administrativa, certificado expedido pola dirección que acredite que durante o período 2021/2022 o/a menor está en situación de internamento ou atención diurna.
5. No caso de menores estranxeiros/as, copia compulsada do permiso legal de residencia ou documento análogo.

SINATURA DA NAI, PAI OU TITOR

O proxenitor que asine este documento, DECLARA o consentimento para a participación do/a menor por parte do outro proxenitor. A persoa representante DECLARA que os dous proxenitores autorizan a asistencia do/a menor á actividade.

A sinatura da presente solicitude supón o coñecemento e aceptación das bases dos Campamentos Urbanos de Nadal Arealonga, así como a declaración de que todos os datos facilitados son certos. En caso de omisión de datos, falta de sinaturas ou falta de documentación, a solicitude será invalidada.

Nai, Pai ou Titor 1

Lugar

Data

Sr./a. Alcalde/sa Presidente/a do Concello de Vilagarcía de Arousa