



| DATOS DO/A ALUMNO/A |                  |                 |     |       |
|---------------------|------------------|-----------------|-----|-------|
| NOME                | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF | CURSO |
|                     |                  |                 |     |       |
|                     |                  |                 |     |       |
|                     |                  |                 |     |       |

| PROCEDEMENTO  | CÓDIGO DO PROCEDEMENTO | DOCUMENTO  |
|---|------------------------|------------|
| PARTICIPACIÓN NO PROCEDEMENTO DE DISTRIBUCIÓN DE MÁSCARAS | ED330E                 | SOLICITUDE |

| DATOS DA PERSOA SOLICITANTE  |             |                    |  |  |      |             |
|--|-------------|--------------------|--|--|------|-------------|
| NOME   |             | PRIMEIRO APELIDO   |  | SEGUNDO APELIDO  |      | NIF         |
|  |             |                    |  |  |      |             |
| TIPO   | NOME DA VÍA |                    |  | NUM  | BLOQ | ANDAR PORTA |
|  |             |                    |  |  |      |             |
| PARROQUIA  |             |                    |  | LUGAR  |      |             |
|  |             |                    |  |  |      |             |
| CÓDIGO POSTAL  | PROVINCIA   | CONCELLO           |  | LOCALIDADE   |      |             |
|  |             |                    |  |  |      |             |
| TELÉFONO 1   | TELÉFONO 2  | CORREO ELECTRÓNICO |  |  |      |             |
|  |             |                    |  |  |      |             |
| DISCAPACIDADE IGUAL OU SUPERIOR AO 33%: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |             |                    |  | SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE XÉNERO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |      |             |

| E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito) |                  |                 |     |
|---|------------------|-----------------|-----|
| NOME/RAZÓN SOCIAL   | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF |
|   |                  |                 |     |

| ENDEREZO (alternativo, só se non coincide co anterior) |                |                    |  |            |      |             |
|--|----------------|--------------------|--|------------|------|-------------|
| TIPO   | NOME DA VÍA    |                    |  | NUM        | BLOQ | ANDAR PORTA |
|  |                |                    |  |            |      |             |
| PARROQUIA  |                |                    |  | LUGAR      |      |             |
|  |                |                    |  |            |      |             |
| CÓDIGO POSTAL  | PROVINCIA      | CONCELLO           |  | LOCALIDADE |      |             |
|  |                |                    |  |            |      |             |
| TELÉFONO   | TELÉFONO MÓBIL | CORREO ELECTRÓNICO |  |            |      |             |
|  |                |                    |  |            |      |             |

| DATOS DO CENTRO (no que estea admitido o alumnado para o curso 2021/22)              |           |                   |
|--|-----------|-------------------|
| DENOMINACIÓN DO CENTRO:  |           |                   |
| TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Concertado | CONCELLO: | CÓDIGO DO CENTRO: |
|  |           |                   |

| MEMBROS COMPUTABLES DA UNIDADE FAMILIAR (o alumnado de EE, con discapacidade igual ou superior ao 65% ou en situación de tutela ou garda da Xunta, non cubrirá este apartado) |                 |                 |                   |  |
|---|-----------------|-----------------|-------------------|--|
| Indicar o número de membros distintos da persoa solicitante e do alumnado para o que solicita a participación no fondo e/ou nas axudas  |                 |                 |                   |  |
| NIF   | NOME E APELIDOS | PARENTESCO      | DATA DE NACEMENTO | DISCAPACIDADE IGUAL OU SUPERIOR AO 33%                   |
|   |                 | Cónxuxe/análogo |                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |
|   |                 | Fillo/a`        |                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |
|   |                 | Fillo/a`        |                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |
|   |                 | Fillo/a`        |                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |
|   |                 | Fillo/a`        |                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |



ANEXO II  
COMPROBACIÓN DE DATOS DOS MEMBROS COMPUTABLES DA UNIDADE FAMILIAR  
ED330E - PARTICIPACIÓN NO PROCEDEMENTO DE DISTRIBUCIÓN DE MÁSCARAS

As persoas interesadas, mediante a súa sinatura, declaran de ter sido informadas da incorporación dos seus datos persoais ao expediente en tramitación. No caso de menores de idade, este documento deberá ser asinado por un dos proxenitores, titor/a ou representante legal. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.

| NIF | NOME E APELIDOS | MENOR DE IDADE           | TITOR/A OU REPRESENTANTE LEGAL |     | COMPROBACIÓN DE DATOS  |  | SINATURA |
|-----|-----------------|--------------------------|--------------------------------|-----|--|--|----------|
|     |                 |                          | NOME E APELIDOS                | NIF | Os seguintes documentos serán obxecto de consulta ás administracións públicas  | OPÓÑOME Á CONSULTA                                       |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | DNI/NIE  | <input type="checkbox"/>                                 |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN<br><input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade expedido pola Administración autonómica<br><input type="checkbox"/> Pensión incapacidade permanente total, absoluta ou gran invalidez ou equivalente | <input type="checkbox"/>                                 |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | CONSENTIMENTO PARA A CONSULTA DE DATOS. No caso de non dar autorización deberá achegar o documento   | <b>AUTORIZO A CONSULTA</b>                               |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | Declaración do imposto sobre a renda das persoas físicas do exercicio 2019   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | DNI/NIE  | <input type="checkbox"/>                                 |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN<br><input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade expedido pola Administración autonómica<br><input type="checkbox"/> Pensión incapacidade permanente total, absoluta ou gran invalidez ou equivalente | <input type="checkbox"/>                                 |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | CONSENTIMENTO PARA A CONSULTA DE DATOS. No caso de non dar autorización deberá achegar o documento   | <b>AUTORIZO A CONSULTA</b>                               |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | Declaración do imposto sobre a renda das persoas físicas do exercicio 2019   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | DNI/NIE  | <input type="checkbox"/>                                 |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN<br><input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade expedido pola Administración autonómica<br><input type="checkbox"/> Pensión incapacidade permanente total, absoluta ou gran invalidez ou equivalente | <input type="checkbox"/>                                 |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | CONSENTIMENTO PARA A CONSULTA DE DATOS. No caso de non dar autorización deberá achegar o documento   | <b>AUTORIZO A CONSULTA</b>                               |          |
|     |                 | <input type="checkbox"/> |                                |     | Declaración do imposto sobre a renda das persoas físicas do exercicio 2019   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non |          |

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA**

- Anexo II (Comprobación de datos dos membros computables da unidade familiar)
- Copia do libro de familia ou documento equivalente onde figure o alumno e os demais membros computables da unidade familiar. En caso de separación ou divorcio ademais deberán achegar a sentenza xudicial de separación ou divorcio e/ou convenio regulador onde conste a custodia do menor
- Excepcionalmente, poderase acreditar o número de membros computables utilizando algún dos seguintes medios:
  - Certificado ou volante de convivencia
  - Informe dos servizos sociais ou do órgano equivalente do concello onde resida a familia
- Certificado do grao de discapacidade do/a alumno/a ou calquera membro da familia non expedido pola Administración autonómica
- Documentación xustificativa da situación de violencia de xénero no ámbito familiar
- Resolución xudicial de incapacitación con patria potestade prorrogada ou rehabilitada
- Resolución administrativa ou xudicial acreditativa da situación de acollemento ou certificado do centro de menores, para alumnado en situación de tutela ou garda da Xunta de Galicia
- Certificado de convivencia, volante de convivencia ou informe dos servizos sociais ou do órgano equivalente do concello onde resida a familia, no caso de que o pai ou a nai ou o titor ou titores carezan de DNI ou NIE

**COMPROBACIÓN DE DATOS**

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se poñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos. | <b>OPÓÑOME Á CONSULTA</b>  |
| DNI ou NIE da persoa solicitante  | <input type="checkbox"/>   |
| DNI ou NIE da persoa representante  | <input type="checkbox"/>   |
| <b>MARQUE O RECADRO CORRESPONDENTE PARA SINALAR AS CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN</b>   |                            |
| <input type="checkbox"/> Certificado do grao de discapacidade expedido pola Administración autonómica   | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Percepción de pensión por incapacidade permanente total, absoluta ou gran invalidez ou equivalente de clase pasivas  | <input type="checkbox"/>   |
| <b>CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS</b>   | <b>AUTORIZO A CONSULTA</b> |
| A persoa interesada autoriza a consulta a outras administracións públicas dos seguintes datos. De non autorizar a consulta, deberá achegar o documento correspondente.  |                            |
| Declaración do imposto sobre a renda das persoas físicas ou certificado tributario de imputacións do exercicio 2019   | o Si o Non                 |

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS**

|  |  |
|--|--|
| Responsable do tratamento  | Xunta de Galicia. Consellería de Cultura, Educación e Universidade. Secretaría Xeral Técnica.  |
| Finalidades do tratamento  | A tramitación administrativa que se derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da Carpeta cidadá.  |
| Lexitimación para o tratamento   | Cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos derivada dunha competencia legalmente atribuída ao responsable do tratamento, así como o cumprimento de obrigas legais impostas ao dito responsable, en concreto na Lei orgánica 2/2006, do 3 de maio, de educación. No seu caso, o consentimento da persoa interesada.                         |
| Destinatarias dos datos  | As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.   |
| Exercicio de dereitos  | As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, limitación e supresión dos seus datos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común segundo se recolle en <a href="https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos">https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos</a> |
| Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información | <a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a>  |

**LEXISLACIÓN APLICABLE**

- Orde do ... de .... de 2021 pola que se regulan os criterios e procedemento de distribución de máscaras entre o alumnado matriculado en educación primaria, educación secundaria obrigatoria e educación especial en centros docentes públicos dependentes da consellería competente en materia de educación e en centros privados concertados no curso 2021/22 (código de procedemento ED330E).

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

|              |  |   |    |    |  |
|--------------|--|---|----|----|--|
| Lugar e data |  | , | de | de |  |
|--------------|--|---|----|----|--|

CENTRO

|  |
|--|
|  |
|--|

