



SOLICITUDE COLABORADORES/AS DE COMEDOR

NOME:	
DNI:	
TLFN:	
E-MAIL:	
Nº IBAN:	

RELACIÓN CA COMUNIDADE EDUCATIVA

PAI/NAI/TITOR/A DE:			
PERSOAL FUNCIONARIO		EX-COLABORADOR/A	
PERSOAL LABORAL XUNTA		VOLUNTARIADO SOCIAL	
ESTUDANTE		OUTROS	
Riscar cun X			

REALIZOU A FUNCIÓN DE COLABORADOR/A DURANTE UN MÍNIMO DE 36 DÍAS NO CURSO ESCOLAR 2022-2023

SI	
NON	

Riscar cun X

Calo, ___ de _____ de 202__

Asdo. _____
