



CONCELLO DE NARÓN

SOLICITUDE DE CONCILIAESCOLA

MODELO S-SOC-01

Espazo reservado para uso administrativo

REPRESENTANTE DO/A NENO/A SOLICITANTE (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	☐ DNI ☐ NIE ☐ Pasaporte
Data de caducidade do NIF, NIE, etc.	Sexo	Representante en calidade de	Telefono móbil
	☐ Varón ☐ Muller		

DATOS DO/A NENO/A SOLICITANTE (MENOR 1)

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	☐ DNI ☐ NIE ☐ Pasaporte
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
	☐ Varón ☐ Muller	☐ Si ☐ Non	

DATOS DO/A NENO/A SOLICITANTE (MENOR 2)

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	☐ DNI ☐ NIE ☐ Pasaporte
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
	☐ Varón ☐ Muller	☐ Si ☐ Non	

DATOS DO/A NENO/A SOLICITANTE (MENOR 3)

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	☐ DNI ☐ NIE ☐ Pasaporte
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
	☐ Varón ☐ Muller	☐ Si ☐ Non	

DATOS DO/A NENO/A SOLICITANTE (MENOR 4)

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	☐ DNI ☐ NIE ☐ Pasaporte
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
	☐ Varón ☐ Muller	☐ Si ☐ Non	

ENDEREZO

Tipo de vía	Nome da vía							
Número	Quilómetro	Letra	Bloque	Portal	Escaleira	Piso	Porta	Código postal
Poboación	Distrito / Sección	Municipio	Provincia ou país					

Teléfonos de contacto

Teléfono fixo	Teléfono mobil	Enderezo de correo electrónico (campo obrigatorio)	Nº Exp.Serv.Soc.Municipal

Conforme ao disposto na lexislación vixente SOLICITO ao Concello de Narón, en relación coa **presente solicitude** que se me envíen as **NOTIFICACIÓNS** que no seu caso se diten (marcar o que proceda):

- ☐ Á miña caixa de correo electrónico, accesible na sede electrónica www.naron.es, tras a identificación previa con certificado dixital.
- ☐ En formato papel (agás os suxeitos sinalados no artigo 14.2 da LPACAP), quedando igualmente accesibles a disposición do interesado na sede electrónica municipal (*validación documentos dixitais*).

Así mesmo solicito que se efectúen ao enderezo electrónico especificado como medio de contacto, os avisos, mensaxes ou comunicacións relativos a este expediente.

QUENDAS QUE SOLICITA

- ☐ 1ª QUENDA ☐ 2ª QUENDA
- ☐ DESEXO PARTICIPAR NOOUTRA QUENDA NO CASO DE PRAZAS VACANTES.

HORARIO E PARADA AUTOBÚS

- ☐ HORARIO 1: DE 7:30 A 14H (TRANSPORTE SÓLO DE VOLTA).
- ☐ HORARIO 2: DE 9 A 14H (TRANSPORTE IDA E VOLTA).

INDICAR PARADA AUTOBÚS:

Á ALCALDÍA DO CONCELLO DE NARÓN

Continúa no dorso

AUTORIZACIÓN PARA A RECOLLIDA DO/A NENO/A

D/Dna.		, parentesco		, teléfono	
D/Dna.		, parentesco		, teléfono	
D/Dna.		, parentesco		, teléfono	

A PERSOA REPRESENTANTE DECLARA (marcar só unha das casillas)

☐ Estar empadroados/as no Concello de Narón, e traballan pai, nai, custodio/a, ou titor/a.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

A persoa que solicita declara baixo a súa responsabilidade que son certos todos os datos que figuran na solicitude e na documentación que achega e que ten coñecemento de que a falsidade ou o ocultamento de calquera dos datos declarados, poderá dar lugar á denegación da prestación, aínda cando reunise os requisitos para a súa concesión.

DATA E SINATURA

Declaro que todos os datos facilitados son certos, que lin as advertencias legais, que asino a declaración responsable, e que acepto as condicións particulares expresadas, polo que solicito que se admita a trámite esta instancia.

Narón, de de

O/a solicitante ou representante legal

Asdo.

DOCUMENTACIÓN ACHEGADA COA SOLICITUDE

- 1 ☐ Fotocopia do DNI da persoa que autoriza.
- 2 ☐ Fotocopia do libro de familia ou fotocopia do DNI do menor.
- 3 ☐ Fotocopia da tarxeta sanitaria.
- 4 ☐ Informe médico ou cuestionario de saúde e autonomía persoal (Anexo I)..
- ☐ Informe de vida laboral actualizado, ou certificado da empresa no que se indique a situación de alta como traballador/a, ou recibo actualizado do pago das cotas como autónomo/a de pai/nai e/ou persoas da unidade familiar en idade laboral.
- 5 ☐
- 6 ☐
- 7 ☐
- 8 ☐
- 9 ☐

Cando os documentos esixidos neste apartado xa estivesen en poder do Servizo Sociocomunitario Municipal e non se producisen modificacións no seu contido, o/a solicitante poderá identificala como información accesible e acollerse ao establecido no epígrafe d) do artigo 53 da Lei 39/2015, do procedemento administrativo común, sempre que se faga constar esta circunstancia especificando o ano en que se remítise a dita documentación, o número de expediente correspondente, e non tivesen transcorridos máis de cinco anos desde a finalización do procedemento a que corresponda.

NÚMERO DO EXPEDIENTE:	ANO:
DOCUMENTACIÓN: (DNI, declaración da renda, etc....)	

INSTRUCCIÓNS PARA CUBRIR

- Cubra os datos da persoa física ou xurídica que formula a solicitude e do seu representante se procede, achegando en tal caso o correspondente documento de representación. Se vostede é un dos interesados sinalados no art. 14.2 da [LPACAP](#) unicamente poderá relacionarse con este Concello a través de medios electrónicos.
- Cubra igualmente o enderezo completo, para os efectos de notificacións, do solicitante ou do seu representante, así como outros medios de contacto tales como teléfono fixo, teléfono móbil, enderezo de correo electrónico (campo obrigatorio) e fax, no caso de que desexe ser contactado por algún destes medios. O Concello de Narón fica autorizado a remitirle **Avisos** ao correo electrónico co enderezo especificado na instancia. Así mesmo se vostede optou pola tramitación telemática, as **Notificacións** enviaranse á súa caixa de correo Web para o que necesitará un certificado dixital recoñecido (DNI electrónico, CERES, etc.) Pode obter máis información sobre certificados dixitais, administración electrónica, así como da súa caixa de correo Web Persoal para a práctica de notificacións telemáticas fidedignas en <https://sedeelectronica.naron.es>.
- Indique a relación de documentos que achega xunto coa solicitude.
- No caso de achegar documentación ou formular alegacións ou recursos, non se esqueza de indicar o código de expediente relacionado.
- No caso de que a exposición de motivos no caiba no anverso, continuar no reverso ou noutra páxina marcando a casa.
- A solicitude debe ser asinada polo interesado solicitante ou o seu representante, se procede.

AVISO LEGAL

Os datos persoais contidos na presente instancia son recollidos baixo o consentimento do interesado e serán obxecto de tratamento automatizado e incorporados aos ficheiros de información do Concello de Narón que se encontran inscritos no Rexistro da Axencia Española de Protección de Datos. O seu uso restrinxirase exclusivamente á xestión municipal, podendo cederse ou comunicarse a outras administracións públicas ou terceiros nos supostos previstos na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro de protección de datos de carácter persoal. Os interesados poderán exercer ante a unidade municipal de Réxime Interior, os dereitos de acceso, cancelación, rectificación e oposición, nos termos establecidos pola lei indicada, acreditando a súa identidade no Concello de Narón, Praza de Galicia s.n. 15570 Narón (A Coruña). Así mesmo, a unidade tramitadora resérvase a posibilidade de solicitar calquera tipo de documentación complementaria para a correcta xestión do trámite solicitado, en virtude do establecido no art. 11 do RD 1720/2007.

Á ALCALDÍA DO CONCELLO DE NARÓN

Continúa no dorso



CONCELLO DE NARÓN

SOLICITUDE DE CONCILIAESCOLA

ANEXO I (S-SOC-01) CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL

DATOS DO/A NENO/A SOLICITANTE

Nome	Primeiro Apelido	Segundo Apelido	CIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

Nome	Primeiro Apelido	Segundo Apelido	CIF
En calidade de			

DATOS DE SAÚDE

Sufre algún proceso alérxico? (en caso afirmativo indicar cales, e deberá achegarse certificado médico xustificativo):

☐ Sí ☐ Non Cales:

Ten epilepsia?:

☐ Sí ☐ Non En caso afirmativo, está controlada? ☐ Sí ☐ Non

Ten ausencias e/ou convulsións?:

☐ Sí ☐ Non

Ten diabetes?:

☐ Sí ☐ Non En caso afirmativo, utiliza insulina? ☐ Sí ☐ Non

Precisa algunha dieta alimenticia? (en caso afirmativo indicar cál/cales):

☐ Sí ☐ Non Cal/Cales:

Ten algunha enfermidade infecto-contaxiosa en fase activa? (en caso afirmativo indicar cál/cales):

☐ Sí ☐ Non Cal/Cales:

Precisa algunha atención especial ou apoio? (en caso afirmativo indicar cál/cales):

☐ Sonda ☐ Cánulas ☐ Outras Cal/Cales:

Diagnóstico da enfermidade, trastorno, alteración, síndrome ou discapacidade que padece (se é o caso):

Tratamento farmacolóxico (cubrir, se é o caso, e se fora preciso, achegar un documento en que se relacione con detalle, o nome, dose, a administración, etc):

Outros tratamento actuais:

Outras observacións que considere oportuno resaltar:

Achegase informes complementarios?:

☐ Sí ☐ Non

Que tipo de limitacións presenta? (Física, psíquica, sensorial ou outra (Especificar))

Cal é o seu diagnóstico?

NO CASO DE URXENCIA AVISAR A

Nome Primeiro Apelido Segundo Apelido CIF

Enderezo

Tipo de vía Nome da vía

Número Quilómetro Letra Bloque Portal Escaleira Piso Porta Código postal

Poboación Distrito / Sección Municipio Provincia ou país

Teléfonos de contacto

Teléfono fixo Teléfono mobil Enderezo de correo electrónico

DATA E SINATURA

A persoa representante DECLARA que tódolos datos contidos nesta solicitude son certos.

Narón, a de de

O/A persoa representante

Asdo.