

SOLICITUD PLAZA SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre 1º Apellido 2º Apellido

NIF NIE N° de Documento Fecha de Nacimiento

Domicilio Población

Provincia Código Postal

Teléfonos

En caso padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia, indique cual:

2. DATOS FAMILIARES: PADRE-MADRE-TUTOR/A

Nombre 1º Apellido

2º Apellido NIF NIE N° de Documento

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la **Secretaría General de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes** con la finalidad de la **gestión y seguimiento del expediente académico de los alumnos de los centros dependientes de la Consejería**. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable: **Bulevar del Río Alberche, s/nº 45007** o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

3. DATOS ACADÉMICOS

Curso Académico Centro Docente

Localidad Provincia

Etapas: Ed. Infantil E. Primaria Curso:

4. SOLICITUD DE PLAZA

Servicio que solicita:

COMIDA MEDIODÍA

AULA MATINAL

Causas que lo justifican:

Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges

Otras causas (especificar)

5. DECLARACIONES RESPONSABLES

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación del solicitante, **DECLARA:**

Ser ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

6. DOCUMENTACIÓN

La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:

Informe/certificado médico, en caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia

7. DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN

MISMA CUENTA DEL AÑO ANTERIOR

CUENTA NUEVA

TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: (Rellenar los datos bancarios sólo en caso de nuevos usuarios del comedor o cambio de cuenta)

Nombre

1º Apellido

2º Apellido

Entidad Bancaria

Autorizo que los recibos del Comedor / Aula Matinal del Colegio, sean cargados en esta cuenta:

IBAN	Código Entidad	Sucursal	DC	Número de Cuenta

8. FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL

En Cuenca, a de de

Fdo.:

SR. /A DIRECTOR DEL CENTRO C.E.I.P. "LA PAZ" de Cuenca