



Sede electrónica
Concello de Paderne

SOLICITUDE AULAS DE CONCILIACIÓN VERÁN 2021

Consistorio, 10 15314 Paderne - A Coruña
Tlf: 981 797 001 - sede@concellodepaderne.com

CANAL DE NOTIFICACIÓN

Notificación Postal

Notificación Telemática

DATOS DO SOLICITANTE (Nai/Pai/Titor/Titora)

NIF	Nome	Primeiro Apelido	Segundo Apelido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Correo Electrónico	Notificar a	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio de Notificación			
<input type="text"/>			
Código Postal	Municipio	Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ACTUANDO

Actuando en nombre propio

Representando, en calidad de

Tipo de Representante:

DATOS DO OUTRO PROXENITOR

NIF	Nome	Primeiro Apelido	Segundo Apelido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Correo Electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		



Sede electrónica
Concello de Paderne

SOLICITUDE AULAS DE CONCILIACIÓN VERÁN 2021

Consistorio, 10 15314 Paderne - A Coruña
Tlf: 981 797 001 - sede@concellodepaderne.com

SOLICITA

A participación de los menores que se indican continuación nas AULAS DE CONCILIACIÓN verán 2021

Nome do/a menor:

Data de nacemento:

Na queda:

Do 5 ao 31 de xullo

Do 2 ao 31 de agosto

Nome do/a menor:

Data de nacemento:

Na queda:

Do 5 ao 31 de xullo

Do 2 ao 31 de agosto

Nome do/a menor:

Data de nacemento:

Na queda:

Do 5 ao 31 de xullo

Do 2 ao 31 de agosto



Sede electrónica
Concello de Paderne

SOLICITUDE AULAS DE CONCILIACIÓN VERÁN 2021

Consistorio, 10 15314 Paderne - A Coruña
Tlf: 981 797 001 - sede@concellodepaderne.com

AUTORIZACIONES

Autorizo / Non autorizo: A publicación en redes sociais do concello e a cesión da imaxe do meu fillo/a a organismos e/ou entidades relacionadas coa xestión da subvención que financia a actividade.

Autorizo ás seguintes persoas a recoller ao menor na actividade:

NOME E APLIDOS	DNI	PARENTESCO OU RELACIÓN

CIRCUNSTANCIAS DE SAÚDE QUE LLE POIDAN AFECTAR AO MENOR:

(Alerxias, enfermidades crónicas, afeccións de saúde...)

DATA E SINATURA (REQUIRESE A SINATURA DOS DOUS PROXENITORES)

EN _____, A _____ DE _____ DE 20____.

De acordo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos de que los datos facilitados serán tratados por la Entidad Local con la finalidad de poder atender su solicitud. Dichos datos serán tratados de manera confidencial, y sólo podrán ser cedidos, en los casos contemplados en la Ley. Le comunicamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad de sus datos, usando el procedimiento de Ejercicio de Derechos de la Sede Electrónica.

[\(Más información\)](#)

DOUMENTACIÓN QUE ACHEGA COA SOLICITUDE:

- b) Fotocopia do DNI do/a menor
- c) Fotocopia da tarxeta sanitaria
- c) Fotocopia do DNI do pai/nai/titor legal que asine a solicitude de participación
- e) Fotocopia do libro de Familia
- f) No caso de ter certificado de discapacidade, copia do mesmo
- g) No caso de separación/divorcio entre os pais, copia da mesma para acreditar o réxime de custodia.
- e) Vida laboral dos proxenitores ou certificado de realización de curso de formación emitido pola entidade que imparte.