



# 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	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de caducidade do NIF, NIE, etc.	Sexo	Representante en calidade de	Telefono móbil
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Muller	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Muller	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>

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

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Muller	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>

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

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Muller	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>

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

Persoa física: nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nacemento	Sexo	Presenta discapacidade	En caso positivo indicar % recoñecido
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Muller	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>

#### ENDEREZO

Tipo de vía	Nome da vía							
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Número	Quilómetro	Letra	Bloque	Portal	Escaleira	Piso	Porta	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poboación	Distrito / Sección		Municipio		Provincia ou país			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

#### Teléfonos de contacto

Teléfono fixo	Teléfono mobil	Enderezo de correo electrónico (campo obrigatorio)	Nº Exp.Serv.Soc.Municipal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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](http://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  3ª QUENDA  4ª QUENDA  5ª 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.
- Estar empadroados/as no Concello de Narón, e traballa só un dos proxenitores (pai, nai, custodio/a, ou titor/a).
- Estar empadroados/as no Concello de Narón, sen ocupación do pai/nai/custodio/a/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 f)do artigo 35 da Lei 30/1992, de réxime xurídico das administracións públicas e 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

Vacinas?:

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 alctiva? (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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Enderezo**

Tipo de vía		Nome da vía						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Número	Quilómetro	Letra	Bloque	Portal	Escaleira	Piso	Porta	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poboación	Distrito / Sección		Municipio		Provincia ou país			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

**Teléfonos de contacto**

Teléfono fixo	Teléfono mobil	Enderezo de correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATA E SINATURA**

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

Narón, a  de  de   
O/A persoa representante

Asdo.