

ANEXO III
MODIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR.
CURSO 20___/20___

IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR LOS DATOS DE LOS APARTADOS 1) y 2) EN TODOS LOS CASOS, Y EN EL RESTO DE APARTADOS SÓLO AQUELLOS DATOS QUE QUIERA MODIFICAR

| 1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO CURSARÁ LOS ESTUDIOS | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|---------------|--|------|-------------------|--|----------------------------|--|
| NOMBRE DEL CENTRO | | | | | | | CÓDIGO DEL CENTRO | | | |
| | | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO | | | | | LOCALIDAD | | | | | |
| 2. DATOS DEL ALUMNO/A | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | |
| NOMBRE | | | | | DNI/NIF | | | SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | | |
| CALLE | | | | | Nº | PISO | LETRA | | TELÉFONOS | |
| PROVINCIA | | | | CÓDIGO POSTAL | | | LOCALIDAD | | | |
| ESTUDIOS PARA LOS QUE SOLICITA LA PLAZA: | | | | | | | | | | |
| ETAPA: | | | | | CURSO: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL | | | | | <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º | | | | | |
| <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA | | | | | <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º | | | | | |
| <input type="checkbox"/> E.S.O. | | | | | <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º | | | | | |
| 3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: | | | | | | | | | | |
| DIETA ESPECIAL: | | | | | TIPO DE HABITUALIDAD: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | | | | | <input type="checkbox"/> HABITUAL: todos los días lectivos | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: | | | | | <input type="checkbox"/> HABITUAL DISCONTINUO: deberá tener una asistencia mínima mensual del 50% de los días en que se preste servicio de comedor. Deberá presentar el CALENDARIO DE ASISTENCIAS antes del día 1 de cada mes. | | | | | |
| | | | | | FECHA DE COMIENZO DE ASISTENCIA: | | | | | |
| IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico que lo acredite emitido por el especialista. | | | | | | | | | | |
| 4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL) | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | |
| NOMBRE | | | | | DNI/NIF | | | PARENTESCO CON ALUMNO | | |
| 5. DATOS DE OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | | NOMBRE | | DNI/NIF | | PARENTESCO (con el alumno) | |
| | | | | | | | | | | |
| 6. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA: | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL TITULAR | | NOMBRE: | | | APELLIDO 1: | | | APELLIDO 2: | | |
| DNI/NIE: | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CUENTA: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firmas (padre, madre, tutor/a y, en su caso, personas que figuren en el apartado 3)

* El/la firmante declara bajo su responsabilidad que los datos consignados en la solicitud son ciertos.

* El/la firmante autoriza a los cuidadores del servicio a que en caso de necesidad a avisar a los servicios de emergencia del 112.

* Los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, en el presente cupón serán incluidos en un fichero denominado "Registro de Servicios Complementarios a la Educación", ORDEN/EDU/2008 de 3 de noviembre, por el que se crea el fichero de datos de carácter personal de la Consejería de Educación e inscrito en el registro General de Protección de Datos y cuyo Responsable del fichero es Dirección General de Infraestructuras, Equipamiento y Servicios de la Consejería de Educación.

La finalidad de esta recogida de datos de carácter personal es la comunicación de los datos relativos a la cuenta corriente de domiciliación del cobro del servicio de comedor escolar. En caso de negarse a comunicar los datos, no será autorizado el uso del servicio con carácter habitual.

Vd. da, como titular de los datos, su consentimiento y autorización para la inclusión de los mismos en el fichero arriba detallado. En cualquier caso, podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Infraestructuras, Equipamiento y Servicios, con dirección Avenida Reyes Católicos Nº2. 47006 Valladolid, o bien y con carácter previo a tal actuación, solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el Responsable del Fichero dispone a tal efecto.

SR/A. DIRECTOR/A DEL CENTRO _____ PROVINCIA _____