

A		DATOS DEL CENTRO EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO EL ALUMNO EN EL CURSO 2016/2017										CÓDIGO DEL CENTRO:											
NOMBRE DEL CENTRO _____										LOCALIDAD _____													
CURSO EN QUE ESTÁ MATRICULADO EN 2016/2017: (INDICAR EL NÚMERO):										INFANTIL _____		PRIMARIA _____		ESO: _____									
B		DATOS PERSONALES DEL ALUMNO Y DOMICILIO FAMILIAR																					
NIF _____		APELLIDO 1: _____				APELLIDO 2: _____				NOMBRE _____													
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		NACIONALIDAD _____				GRADO DISCAPACIDAD _____				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M													
Tipo de vía: _____		Nombre de la vía: _____				Número: _____				Escalera: _____		Piso: _____		Letra: _____									
Provincia: _____		Localidad: _____				CP: _____		TFNO: _____		SOLICITA RECIBIR SMS EN TFNO: _____													
CUENTA CORRIENTE EN LA QUE EN SU CASO DESEA PERCIBIR LA AYUDA										IBAN		ENTIDAD		OFICINA		DC		Nº DE CUENTA					
C		DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2015 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)																					
CLASE DE PARENTESCO		EXTRANJERO		N.I.F.				APELLIDO 1		APELLIDO 2		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		GRADO DISCAPACIDAD		CASA DO					
Padre/Madre/Tutor SOLICITANTE																							
Condición legal de Familia Numerosa registrada en la Comunidad Autónoma de _____ con título nº _____, fecha cad. _____.										Nº de miembros incluidos en la unidad familiar a 31/12/2015				<input type="checkbox"/>									
D		CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL																					
CIF DE LA INSTITUCIÓN								DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN: _____															
Titular de la cuenta en la que se solicita el pago: NIF/CIF: _____ Apellidos y nombre/denominación: _____																							
E		A CUMPLIMENTAR POR EL DIRECTOR/A DEL CENTRO ESCOLAR (Marcar con una X lo que proceda)																					
Los grados de discapacidad iguales o superiores al 33% de (indíquese nombre, apellidos y parentesco) _____ han sido reconocidos por un organismo distinto a la Junta de Castilla y León.																							
<input type="checkbox"/> La condición de familia numerosa ha sido reconocida por un organismo distinto a la Junta de Castilla y León.																							
<input type="checkbox"/> Alguno de los miembros de la unidad familiar reúne la condición de víctima del terrorismo.																							
D./D ^a _____, como Director/a del Centro Escolar, certifica que los datos contenidos en esta solicitud son coincidentes con la documentación obrante en el Centro.																							
_____, a _____ de _____ de 2017.																							
(SELLO DEL CENTRO)									(FIRMA)														
Los abajo firmantes declaran responsablemente que son ciertos los datos consignados en la solicitud, aceptan las bases y convocatoria del programa, declaran cumplir los requisitos exigidos y estar al corriente de sus obligaciones tributarias y de Seguridad Social y se comprometen a entregar en el centro los libros subvencionados en buen estado.												A CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE SOLICITAR EL COBRO DE LA AYUDA POR EL CENTRO											
[] NO AUTORIZAN a la Consejería de Educación para obtener los datos necesarios del D.N.I. o equivalente, determinar la renta, la condición de familia numerosa, o de persona con discapacidad de algún miembro de la familia. En caso de no autorizar, deberá aportar la correspondiente documentación. Los datos de la solicitud serán incluidos en el fichero "Sistema Integrado de Becas y Ayudas al Estudio", conforme a lo previsto en la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Consejería de Educación.												El padre, madre o tutor solicita al Director/a del Centro que, en caso de ser beneficiario de la ayuda, perciba su importe a través de la cuenta bancaria de dicho centro.											
PADRE/MADRE/TUTOR, (FIRMA SOLICITANTE)				PADRE/MADRE/TUTOR, (FIRMA)				OTROS MIEMBROS (FIRMA)				OTROS MIEMBROS (FIRMA)				EL PADRE, MADRE O TUTOR (FIRMA)							
AUTORIZA DIRECTOR/A																							

Código IAPA: nº 38 Modelo: nº 1

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 983 327 850.

EXCMO. SR. CONSEJERO DE EDUCACIÓN

(Preséntese en el centro escolar en el que se encuentra matriculado el alumno)