



PROCEDEMENTO PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN (PRAZAS RESERVADAS DISCAPACIDADE-SOLICITUDE MÚLTIPLE)	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS303H	DOCUMENTO SOLICITUDE
--	---	--------------------------------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR 1)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA DE NACEMENTO TEN CARNÉ XOVE? SI NON

INDICAR A PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE RECOÑECIDA (%)

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR 2)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA DE NACEMENTO TEN CARNÉ XOVE? SI NON

INDICAR A PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE RECOÑECIDA (%)

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR 3)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA DE NACEMENTO TEN CARNÉ XOVE? SI NON

INDICAR A PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE RECOÑECIDA (%)

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR 4)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA DE NACEMENTO TEN CARNÉ XOVE? SI NON

INDICAR A PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE RECOÑECIDA (%)

TEN TÍTULO OFICIAL DE FAMILIA NUMEROSA?
 SI NON

ENDEREZO

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA CADUCIDADE NIF TELÉFONO MÓBIL EN CALIDADE DE



ENDEREZO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

INSTALACIÓNS QUE SOLICITA

ACTIVIDADE 1: código - actividade (data)

ACTIVIDADE 2: código - actividade (data)

ACTIVIDADE 3: código - actividade (data)

ACTIVIDADE 4: código - actividade (data)

ACTIVIDADE 5: código - actividade (data)

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA

Que todos os datos contidos nesta solicitude son certos.

Autorizo a Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado para consultar os datos de identidade da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado para consultar os datos de discapacidade que obran en poder da Consellería de Traballo e Benestar, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI NON (neste caso, ou no suposto de documentos non expedidos nesta Comunidade Autónoma, achegarase a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal infórmaselle de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia, cuxa finalidade é a xestión e rexistro deste procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Traballo e Benestar, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a: sx.traballo.benestar@xunta.es

LEXISLACIÓN APLICABLE

Orde do 13 de marzo de 2015 pola que se regula a oferta de prazas xuvenís dentro do programa Campaña de verán-2015 e se procede á súa convocatoria.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de



CUESTIONARIO MÉDICO SANITARIO

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

INSTALACIÓN CONCEDIDA DATA

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

EN CALIDADE DE

SOFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXICO? (en caso afirmativo deben presentar certificado médico xustificativo)

QUE TIPO DE VACINAS LLE FORON SUBMINISTRADAS?

PADECE ALGUNHA ENFERMIDADE QUE PRECISE UN COIDADADO ESPECIAL?

PADECE ALGUNHA ENFERMIDADE INFECTO-CONTAXIOSA EN FASE ACTIVA? SI NON
EN CASO AFIRMATIVO INDICAR CAL

GRUPO SANGUÍNEO

QUE TIPO DE LIMITACIÓN/S PRESENTA? (en caso de persoas con discapacidade)

Física Psíquica Sensorial Outra, Cal?

CAL É O SEU DIAGNÓSTICO?

REQUIRE TRATAMENTO FARMACOLÓXICO? SI NON

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CLARAMENTE CAL É ASÍ COMO A SÚA ADMINISTRACIÓN (PODE ACOMPAÑARSE EN DOCUMENTO APARTE, SE FOSE NECESARIO)

INDICAR CAL É A NECESIDADE ESPECIAL QUE LLE OCASIONA E AS AXUDAS TÉCNICAS OU APOIOS QUE NECESITA PARA O DESENVOLVEMENTO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE OS PAIS, AS NAIS OU TITORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS



EN CASO DE URXENCIA AVISAR A

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	PARENTESCO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA

Que todos os datos contidos neste formulario son certos.

Que autoriza as decisións médico-cirúrxicas que fora preciso adoptar no caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa médica.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de



RENUNCIA Á PRAZA E SOLICITUDE DE DEVOLUCIÓN DE COTA

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN ⁽¹⁾

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

EN CALIDADE DE

ENDEREZO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS QUE OBRIGAN Á PERSOA INTERESADA A RENUNCIAR Á PRAZA ⁽²⁾

RENUNCIA á praza que tiña adxudicada en (nome da actividade/campamento)

que se levará a cabo na (localidade e provincia)

desde o ata o polos motivos que se indican a seguir:

e SOLICITA a devolución da cota previamente ingresada.

DATOS BANCARIOS ⁽³⁾

Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada.

TITULAR DA CONTA NÚMERO DA CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)
IBAN

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de

(1) No caso de que a persoa interesada sexa menor de idade ou non dispoña de conta corrente aberta ao seu nome.

(2) Para a devolución da cota é preciso que a renuncia teña entrada (registro) na Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado, nos servizos de Xuventude e Voluntariado das xefaturas territoriais e oficinas locais de Xuventude da Consellería de Traballo e Benestar polo menos vinte (20) días naturais antes do inicio da actividade.

(3) O/a solicitante da devolución (persoa inscrita ou representante) será o/a mesmo/a que o/a titular da conta que se facilita para facer o ingreso (datos bancarios).