

A	DATOS DEL CENTRO EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO EL ALUMNO EN EL CURSO 2017/2018	CÓDIGO DEL CENTRO:										
NOMBRE DEL CENTRO _____ LOCALIDAD _____												
CURSO EN QUE ESTÁ MATRICULADO EN 2017/2018: (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												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">IBAN</th> <th style="width: 15%;">ENTIDAD</th> <th style="width: 15%;">OFICINA</th> <th style="width: 15%;">DC</th> <th style="width: 40%;">Nº DE CUENTA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº DE CUENTA					
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº DE CUENTA								
C	DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2016 (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 31/12/2016 <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 2018.												
(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.												
_____, a _____ de _____ de 2018.		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) (FIRMA) (FIRMA)										
		EL PADRE, MADRE O TUTOR (FIRMA)										
		AUTORIZA DIRECTOR/A										

Código IAPA: nº 38 Modelo: nº 1 SUBSANACIÓN

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)