CONCELLO DE MUXÍA

Conciliamux Nadal

FICHA DE INSCRICIÓN 2025

-Datas: 22, 23, 24, 26, 29, 30 e 31 de decembro e 2, 5 e 7 de xaneiro

- Horario: 08:00-15:00

1.- DATOS FAMILIARES:

DATOS DA SOLICITANTE NAI/TITORA	
Nome e apelidos	
DNI/NIE/Pasaporte	
Enderezo	
Teléfono	
Correo electrónico	

DATOS DO SOLICITANTE PAI/TITOR	
Nome e apelidos	
DNI/NIE/Pasaporte	
Enderezo	
Teléfono	
Correo electrónico	

2.- DATOS DOS/DAS MENORES PARTICIPANTES:

Nome e apelidos	**DNI/NIE (Opcional)**	**Data de nacemento**	**Curso escolar**	**Presenta necesidades especiais**
				☐ Sí ☐ Non
				☐ Sí ☐ Non
				☐ Sí ☐ Non
				☐ Sí ☐ Non

Número de membros da unidade familiar* ☐

*Por unidade familiar enténdese o conxunto formado no momento da solicitude polo/a menor e as persoas proxenitoras ou responsables legais que teñan a garda e custodia, tutela ou acollemento.

HORARIO DE ENTRADA			
08:00 ☐	08:30 ☐	09:00 ☐	09:30 ☐

3.-PERSOAS AUTORIZADAS A RECOLLER AOS/AS MENORES:

NOME E APELIDOS	DNI	TELÉFONO

4.- DATOS MÉDICOS DE INTERESE:

Nome e apelidos	Observacións médicas significativas (intolerancias, alerxias, etc)	Ten algún tratamento?	Outros datos de interese
		☐Sí ☐Non	
		☐Sí ☐Non	
		☐Sí ☐Non	
		☐Sí ☐Non	

5.-SITUACIÓN DA UNIDADE FAMILIAR

COLECTIVO PRIORITARIO: SI ☐ NON ☐

Indicar a situación socio familiar dos/as menores que participan no servicio e presentar documentación que acredite a mesma. (Sinale cunha X o que corresponda):

_Familias de vítimas de violencia de xénero e outras formas de violencia contra a muller.
_Familias monomarentales ou monoparentales
_Familias numerosas.
_Discapacidade igual ou superior ao 33% ou dependencia do/a menor participante
_Familias nas que existan outras responsabilidades relacionadas cos coidados
_Familias en risco de exclusión social

6.- DOCUMENTACIÓN QUE APORTA:

☐ Fotocopia do DNI /NIE/ Pasaporte da persona responsable do/a menor.

☐ Declaración responsable: Anexo II

☐ Fotocopia do Libro de Familia ou resolución xudicial ou administrativa.

☐ Poder de representación asinada polos/as dous titoras/es.

☐ Fotocopia Tarjeta sanitaria do/a menor.

☐ Xustificante da necesidade de conciliación (Contrato de traballo ou informe da empresa que acredite a voluntade de contratación, onde se especifiquen horarios e fechas. Xustificante de admisión na actividad formativa. Onde se especifiquen horarios e datas. Ou outra documentación que acredite a necesidade de aceder ao programa onde se especifiquen horarios e datas (cita médica, entrevista, taller…).

☐ Título de Familia Numerosa.

☐ Fotocopia da sentencia de divorcio e convenio regulador.

☐ Fotocopia resolución do grao de discapacidade / dependencia do/a menor.

☐ Informes médicos no caso de intolerancias, alerxias ou outros problemas de saúde.

☐ Fotocopia da declaración da RENTA 2024 dos membros da unidade familiar ou certificado de datos fiscais emitido pola AEAT. Se non tivo que facer a declaración da renda, dependendo do caso: -certificado de imputacións do IRPF, -certificado ou resolución da entidade responsable no que figure a prestación económica que percibe.

☐ Autónomos: pagamentos fraccionados do ano correspondente.

☐ Informe de vida laboral ou certificado de servizos prestados ou promesa de contrato acreditada, ou acreditación da formación que estea a realizar.

☐ Xustificante de matrícula no centro educativo ou outra documentación acreditativa da asistencia.

☐ Informe emitido polo persoal técnico dos servizos sociais municipais.

☐ Informe de empresa.Anexo III.

☐ Xustificante do pagamento do prezo público, no caso de ser admitido/a.

En Muxía a de de 2025.

Asinado(PAI/NAI/TITOR/ORA)

Concello de MUXIA

ANEXO II

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ACEPTACIÓN DE CONDICIÓNS DE PARTICIPACIÓN NO SERVIZO CONCILIAMUX E INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS.

De acordo co artigo 13 do Reglamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do consello de 27 de abril de 2016(Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais), INFÓRMASE que os datos persoais facilitados no formulario de inscrición serán tratados polo Concello de Muxía coa finalidade de xestionar adecuadamente as solicitudes para participar no programa "CONCILIAMUX", e para manter o contacto cas nais/pais ou titores/oras legais das/os participantes.
Este tratamento de datos persoais é necesario para que o Concello poida cumprir coas competencias atribuídas pola Lei 7/85, de 2 de abril. Reguladora das Bases de Réxime Local. Os seus datos non serán comunicados a terceiros, agás obriga legal.Igualmente, infórmase que poderá exercer os seus dereitos ante o responsable do tratamento.

INFORMACIÓN ADICIONAL		
RESPONSABLE DO TRATAMENTO	Concello de Muxía	Datos de contacto do responsable: Concello de Muxía. Enderezo: Rúa Real, 35 CP 15124 Muxía(A Coruña). Teléfono 981742001
FINALIDADE DO TRATAMENTO	Participación no programa "ConciliaMux ".	Prazo de conservación: os datos pasarán a formar parte dun expediente administrativo, o cal deberá ser conservado durante o tempo que se estableza nas distintas disposicións legais e regulamentarias.
LEXITIMACIÓN PARA O TRATAMENTO	Consentemento	Base xurídica do tratamento: art.6.1 do regulamento xeral de protección de datos
DESTINATARIOS/AS	Cesións previstas: os datos poderán ser obxecto de tratamento ou acceso por terceiros coas que o concello ten asinado os correspondentes contratos de Encargados de Tratamento. Transferencias a terceiros países: Non se transferirán datos a terceiros países se n o seu consentemento, agás obriga legal.	
DEREITOS	Acceso, rectificación, supresión, portabilidade e oposición sobre os datos persoais que lle conciernen así como á limitación do tratamento.	Como exercer os seus dereitos: poden exercer os dereitos de acceso, rectificacion, supresión, portabilidade dos seus datos, e a limitación ou oposición ao seu tratamento dirixíndose ao responsable do tratamtento, a través da sede electrónica do concello ou presencialmente nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común. Dereito a reclamar: ante a Axencia Española de Protección de datos(AEPD) C/Jorge Juan, 6. 28001 Madrid. Con carácter previo á presentación dunha reclamación ante a AEPD, pode dirixirse ao Delegado de Protección de Datos do Concello de Muxía.

AUTORIZACIÓNS:

☐ **AUTORIZO** ao meu fillo/a a participar nas actividades do programa "CONCILIAMUX" e acepto as condicións de participación no programa(Bases da convocatoria).

☐ **SI AUTORIZO-** ☐ **NON AUTORIZO** ao meu fillo/a a sair só ou soa, sen a compaña dunha persoa adulta, sendo responsable a/o menor da súa entrada e/ou ausencia da actividade. O persoal responsable do programa non se responsabiliza do/a participante unha vez que abandone a mesma.

☐ **SI AUTORIZO-** ☐ **NON AUTORIZO** ao persoal responsable do programa a que en caso de valorarse necesario, o meu fillo/a poda recibir atención dos servizos sanitarios e/ou poda ser trasladado/a a un Centro sanitario, tras intentar previamente contactar con algún familiar.

A nai, pai ou titor/ora, **DECLARO que fun informado/a** de que a participación nesta actividade poderá comportar a captación de **imaxes, fotografías,** vídeos, material gráfico, etc da persoa participante na actividade, e a súa publicación a través dos medios de difusión do concello de Muxía, tales como páxina web, redes sociais, informes/documentos varios da actividade entre outros. Para autorizar ou rexeitar a devandita captación e publicación de imaxes, que se entenderá feita de forma gratuíta e sen límite temporal, deberá marcar:

☐ **SI AUTORIZO-** ☐ **NON AUTORIZO**

DECLARO baixo miña responsabilidade que os datos sinalados son certos e ADQUIRO O COMPROMISO de comunicar calquera modificación nos datos aportados, variacións respecto ás observacións, así como, toda a información de carácter privado, datos de interese para o persoal responsable do programa e a entidade, aportando a documentación necesaria cando sexa oportuno. Ademais, os datos facilitados de terceiras persoas na solicitude de inscrición contan co coñecemento da finalidade e coa conformidade das mesmas.

CONSINTO o tratamento de datos para as finalidades indicadas.:
☐ **SI** ☐ **NON**
Dou o meu consentemento para o uso dos meus datos de saúde para recibir os servizos solicitados.
☐ **SI** ☐ **NON**

Nome e apelidos do/a solicitante:
DNI/NIE/Pasaporte:

Sinatura: