XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO IV

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN (PRAZAS RESERVADAS DISCAPACIDADE - SOLICITUDE INDIVIDUAL)	**BS303G**	**SOLICITUDE**

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA

PARROQUIA | LUGAR

CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE

TELÉFONO | TELÉFONO MÓBIL | CORREO ELECTRÓNICO

DATA DE NACEMENTO | TEN CARNÉ XOVE? ◯ SI ◯ NON | TEN TÍTULO OFICIAL DE FAMILIA NUMEROSA? ◯ SI ◯ NON | TUTELA OU GARDA ADMINISTRATIVA? ◯ SI ◯ NON

INDICAR A PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE RECOÑECIDA (%)

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

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

EN CALIDADE DE | DATA CADUCIDADE NIF | TELÉFONO MÓBIL

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.

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta electrónica automatizada. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar os devanditos documentos.	DENEGO E PRESENTO O DOCUMENTO
☒ DNI ou NIE da persoa solicitante.	☐
☒ Certificado de discapacidade.	☐
MARQUE O CADRO CORRESPONDENTE PARA SINALAR AS CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN	
☐ Carné Xove.	☐
☐ Título de familia numerosa.	☐

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 co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.gal

LEXISLACIÓN APLICABLE

Orde do 7 de abril de 2017 pola que se regula a oferta de prazas xuvenís dentro do programa Campaña de verán 2017 e se procede á súa convocatoria.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO VI

CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL

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

DATOS DE SAÚDE

VACINAS:

SOFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXICO? ◯ NON ◯ SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CALES (neste caso debe achegarse certificado médico xustificativo)

TEN EPILEPSIA? ◯ NON ◯ SI EN CASO AFIRMATIVO, ESTÁ CONTROLADA? ◯ NON ◯ SI

TEN AUSENCIAS E/OU CONVULSIÓNS? ◯ NON ◯ SI

TEN DIABETES? ◯ NON ◯ SI EN CASO AFIRMATIVO, UTILIZA INSULINA? ◯ NON ◯ SI

PRECISA ALGUNHA DIETA ALIMENTICIA? ◯ NON ◯ SI

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR CAL/CALES:

TEN ALGUNHA ENFERMIDADE TRANSMISIBLE CON RISCO DE CONTAXIO? ◯ NON ◯ SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR QUE PRECAUCIÓNS SE REQUIREN:

PRECISA ALGUNHA ATENCIÓN ESPECIAL OU APOIO? ◯ Sonda ◯ Cánulas ◯ Outras

INDICAR CAL/CALES:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMIDADE, TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME OU DISCAPACIDADE QUE PADECE (se é o caso)

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO (cubrir, se é o caso e se for preciso, achegar un documento en que se relacione con detalle)

Nome	Dose	Administración

OUTROS TRATAMENTOS ACTUAIS

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE CONSIDERE OPORTUNO RESALTAR

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO VI
(continuación)

DATOS DE SAÚDE (continuación)

ACHÉGANSE INFORMES COMPLEMENTARIOS? ◯ NON ◯ SI

GRUPO SANGUÍNEO

QUE TIPO DE LIMITACIÓNS PRESENTA? (no caso de persoa con discapacidade)

◯ Física ◯ Psíquica ◯ Sensorial ◯ Outra (especificar)

CAL É O SEU DIAGNÓSTICO?

DATOS DE AUTONOMIA PERSOAL

ÉRGUESE E DEITASE SÓ?	◯ NON ◯ SI	INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:	
COME SÓ?	◯ NON ◯ SI	INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:	
ASÉASE SÓ?	◯ NON ◯ SI	INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:	
VÍSTESE SÓ?	◯ NON ◯ SI	INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:	
CONTROLA ESFÍNTERES?	◯ NON ◯ SI	INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:	
UTILIZA CUEIROS?	◯ NON ◯ SI	INDICAR CANDO:	
PRESENTA PROBLEMAS DE MOBILIDADE?	◯ NON ◯ SI	PRECISA AXUDA PARA ANDAR?	◯ NON ◯ SI
É USUARIO DE CADEIRA DE RODAS?	◯ NON ◯ SI	É USUARIO DE ANDADOR?	◯ NON ◯ SI

ACHÉGANSE INFORMES COMPLEMENTARIOS? ◯ NON ◯ SÍ (en caso afirmativo indicar cales):

INDICAR A NECESIDADE DE AXUDAS TÉCNICAS/APOIOS QUE PRECISA PARA O DESENVOLVEMENTO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA

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

NO CASO DE URXENCIA AVISAR A

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA

CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE

TELÉFONO | TELÉFONO MÓBIL | CORREO ELECTRÓNICO

A PERSOA REPRESENTANTE DECLARA

Que todos os datos contidos neste formulario son certos.
Que autoriza as decisións médico-cirúrxicas que sexa preciso adoptar no caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa médica.

SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE (nai/pai/titor/a)

Lugar e data

, de de

galicia

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO VIII

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 (non é necesario cumplimentalo se coincide co da solicitude inicial)

TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA

PARROQUIA | LUGAR

CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE

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

RENUNCIA á praza que tiña adxudicada no (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

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- ☐ Copia do libro de familia.
- ☐ Documentación xustificativa (causa médica ou falecemento/enfermidade grave dun familiar).

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 (rexistro) na Dirección Xeral de Xuventude, Participación e Voluntariado, nos servizos de Xuventude e Voluntariado das xefaturas territoriais e oficinas locais de Xuventude da Consellería de Política Social polo menos vinte (20) días naturais antes do inicio da actividade. Así mesmo, pódese presentar a través da Carpeta do cidadán da Sede electrónica da Xunta de Galicia, dirixida á D.X. de Xuventude, Participación e Voluntariado.

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