



PROCEDEMENTO <b>PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN (PRAZAS RESERVADAS DISCAPACIDADE-INDIVIDUAL)</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS303G</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUDE</b>
---	---	--------------------------------

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR)**

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

TEN CERTIFICADO DE RECOÑECEMENTO DA CONDICIÓ DE FAMILIA MONOPARENTAL?  SI  NON TUTELA OU GARDA ADMINISTRATIVA?  SI  NON

INDÍQUESE A PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE RECOÑECIDA (%)

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

NOME/RAZÓN SOCIAL  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

EN CALIDADE DE PAI/NAI/TITOR/A  CADUCIDADE NIF PERMANENTE:  SI  NON DATA CADUCIDADE  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 REPRESENTANTE DECLARA**

Que todos os datos contidos nesta solicitude son certos.

**DOCUMENTACIÓ DE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE** (neste último caso presumirase que a consulta é autorizada)

	ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/> Copia do libro de familia cando o/a menor non dispoña de DNI (deberase deberá presentar despois do sorteo e só no caso de ser adxudicatario/a dunha praza)			



**COMPROBACIÓN DE DATOS**

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
<input type="checkbox"/> DNI ou NIE da persoa solicitante (menor)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade.	<input type="checkbox"/>
<b>MARQUE O CADRO CORRESPONDENTE PARA SINALAR AS CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN</b>	
<input type="checkbox"/> Carné Xove.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Título de familia numerosa.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de recoñecemento da condición de familia monoparental.	<input type="checkbox"/>

De conformidade coa Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, os datos persoais recollidos na tramitación deste procedemento, cuxo tratamento e publicación autoricen as persoas interesadas mediante a presentación das solicitudes, serán incluídos nun ficheiro denominado Actividades dirixidas á cidadanía, co obxecto de xestionar o presente procedemento, así como para informar as persoas interesadas sobre a súa tramitación. O órgano responsable deste ficheiro é a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición poderanse exercer ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, mediante o envío dunha comunicación ao seguinte enderezo: San Caetano s/n, 15781 Santiago de Compostela, ou a través dun correo electrónico a [sxt.politicasocial@xunta.gal](mailto:sxt.politicasocial@xunta.gal).

**LEXISLACIÓN APLICABLE**

Orde do 16 de abril de 2018 pola que se regula a oferta de prazas xuvenís dentro do programa Campaña de verán 2018 e se procede á súa convocatoria.

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

Lugar e data

,  de  de



**CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL**

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INSTALACIÓN CONCEDIDA			DATA
<input type="text"/>			<input type="text"/>

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN**

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EN CALIDADE DE PAI/NAI/TITOR/A			
<input type="text"/>			

**DATOS DE SAÚDE**

VACINAS:

SOFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXICO?  NON  SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE 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, INDIQUE CAL/CALES:

TEN ALGUNHA ENFERMIDADE TRANSMISIBLE CON RISCO DE CONTAXIO?  NON  SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE QUE PRECAUCIÓNS SE REQUIREN:

PRECISA ALGUNHA ATENCIÓN ESPECIAL OU APOIO?  Sonda     Cánulas     Outras

INDIQUE CAL/CALES:

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

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

Nome	Dose	Administración
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OUTROS TRATAMENTOS ACTUAIS

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE CONSIDERE OPORTUNO RESALTAR



**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/SOA?

NON  SI

INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

COME SÓ/SOA?

NON  SI

INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

ASÉASE SÓ/SOA?

NON  SI

INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

VÍSTESE SÓ/SOA?

NON  SI

INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

CONTROLA ESFÍNTERES?

NON  SI

INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

UTILIZA CUEIROS?

NON  SI

INDIQUE CANDO:

PRESENTA PROBLEMAS DE MOBILIDADE?

NON  SI

PRECISA AXUDA PARA ANDAR?

NON  SI

UTILIZA CADEIRA DE RODAS?

NON  SI

UTILIZA ANDADOR?

NON  SI

ACHÉGANSE INFORMES COMPLEMENTARIOS?  NON  SI (en caso afirmativo, indique cales):

INDIQUE 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

**EN CASO DE URXENCIA, AVÍSESE 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  PARENTESCO

**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



RENUNCIA Á PRAZA E SOLICITUDE DE DEVOLUCIÓN DE COTA

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR)

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (1)

NOME/RAZÓN SOCIAL  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

EN CALIDADE DE PAI/NAI/TITOR/A

ENDEREZO (non é necesario consignalo 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 adjudicada 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 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, 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 antes do inicio da actividade. Así mesmo, pódese presentar a través da carpeta do cidadán da sede electrónica da Xunta de Galicia, dirixida á Dirección Xeral de Xuventude, Participación e Voluntariado.

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