



PROCEDEMENTO PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN (MÚLTIPLE)	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS303F	DOCUMENTO SOLICITUDE
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR 1)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA DE NACEMENTO TEN CARNÉ XOVE? SI NON TUTELA OU GARDA ADMINISTRATIVA? SI NON

PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDADE? SI NON EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE 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 TUTELA OU GARDA ADMINISTRATIVA? SI NON

PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDADE? SI NON EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE 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 TUTELA OU GARDA ADMINISTRATIVA? SI NON

PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDADE? SI NON EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE 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 TUTELA OU GARDA ADMINISTRATIVA? SI NON

PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDADE? SI NON EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE RECOÑECIDA (%)

TEN TÍTULO OFICIAL DE FAMILIA NUMEROSA? SI NON TEN CERTIFICADO DE RECOÑECIMENTO DA CONDICIÓ DE FAMILIA MONOPARENTAL? SI NON

ENDEREZO DAS PERSOAS SOLICITANTES

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO

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.

DOCUMENTACIÓN QUE 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 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 das persoas solicitantes (menores)	<input type="checkbox"/>
MARQUE O CADRO CORRESPONDENTE PARA SINALAR AS CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN	
<input type="checkbox"/> Carné Xove.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade.	<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.

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, AVISE 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).