SOLICITUD DE PLAZA PARA EL PLAN CORRESPONSABLES

Señalar el programa o programas en los cuales desea participar:

Junio 2024/2025

Programa Aula Matinal. 07:15 a 9:00 ☐

Programa Aula Matinal. 13:00 a 14:00 ☐

Septiembre 2024/2025

Programa Aula Matinal. 07:15 a 9:00 ☐

Programa Aula Matinal. 13:00 a 14:00 ☐

A partir de Octubre hasta fin de curso 2024/2025

Programa Aula Matinal. 07:15 a 9:00 ☐

Días sueltos durante el curso 2024/2025 ☐

Verano 2025

Julio ☐

Julio hasta el 14 de agosto ☐

Del 1 al 14 de agosto ☐

Del 1 al 28 de agosto ☐

DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

DATOS DE LA MADRE

Nombre					
Primer apellido			Segundo apellido		
N.º DNI / NIE / Pasaporte/ Otros					
Teléfono		E mail			
Dirección			Número		
Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal	Municipio

DATOS DEL PADRE

Nombre					
Primer apellido			Segundo apellido		
N.º DNI / NIE / Pasaporte/ Otros					
Teléfono		E mail			
Tipo de vía	Nombre de vía		Número		
Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal	Municipio

DATOS MENOR/ES PARA QUIEN SE SOLICITA EL SERVICIO

Menor 1	**Nombre**	**Apellidos**
Fecha de nacimiento:	**Edad:**	**Curso Escolar:**

Presenta el/la menor necesidades especiales que precisen adaptación

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se han acordado medidas judiciales de proceso de familia (medidas paternofiliales, divorcio o separación)

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se ha dictado orden de protección y, en su caso, se incluye además de medidas cautelares penales, medidas civiles sobre menores hijos comunes de las partes?

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Personas a las que autorizo para recoger al menor del centro	**Nombre y apellidos**	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**
Otras personas de contacto en caso de urgencia	**Nombre y apellidos**	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**

Menor 2	Nombre	Apellidos
Fecha de nacimiento:	**Edad:**	**Curso Escolar:**

Presenta el/la menor necesidades especiales que precisen adaptación

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se han acordado medidas judiciales de proceso de familia (medidas paternofiliales, divorcio o separación)

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se ha dictado orden de protección y, en su caso, se incluye además de medidas cautelares penales, medidas civiles sobre menores hijos comunes de las partes?

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

	Nombre y apellidos	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**
Personas a las que autorizo para recoger al menor del centro				
	Nombre y apellidos	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**
Otras personas de contacto en caso de urgencia				

Menor 3	Nombre	Apellidos
Fecha de nacimiento:	**Edad:**	**Curso Escolar:**

Presenta el/la menor necesidades especiales que precisen adaptación

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se han acordado medidas judiciales de proceso de familia (medidas paternofiliales, divorcio o separación)

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se ha dictado orden de protección y, en su caso, se incluye además de medidas cautelares penales, medidas civiles sobre menores hijos comunes de las partes?

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Personas a las que autorizo para recoger al menor del centro	**Nombre y apellidos**	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**
Otras personas de contacto en caso de urgencia	**Nombre y apellidos**	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**

Menor 4	Nombre	Apellidos
Fecha de nacimiento:	**Edad:**	**Curso Escolar:**

Presenta el/la menor necesidades especiales que precisen adaptación

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se han acordado medidas judiciales de proceso de familia (medidas paternofiliales, divorcio o separación)

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Se ha dictado orden de protección y, en su caso, se incluye además de medidas cautelares penales, medidas civiles sobre menores hijos comunes de las partes?

No ☐

Si ☐ Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa

Personas a las que autorizo para recoger al menor del centro	**Nombre y apellidos**	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**
Otras personas de contacto en caso de urgencia	**Nombre y apellidos**	**DNI/NIE**	**Relación con el menor**	**TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**

Duración y horario solicitados

El uso del programa es Para días sueltos ☐ Para determinadas semanas ☐ Para todo el mes ☐	
Fecha de inicio	Fecha de fin
Mismo horario en caso de más de un menor (dejar en blanco si no es el caso) Si ☐ No ☐ Especificar:	

Horario				
Lunes	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**

Observaciones

Motivo por el cual solicita el participar en el programa o programas

☐ Contratación laboral de ambos progenitores incompatibles para el cuidado de los menores.

☐ Asistencia a programas formativos.

☐ Situaciones excepcionales sobrevenidas (tratamientos médicos, enfermedad grave, juicios, entrevistas profesionales)…

☐ Familias monomarentales y monoparentales (Acreditada mediante libro de familia si consta un/a progenitor/a. En caso de existencia de dos progenitores/as: Libro de familia y diligencia/certificado de fallecimiento, separación o divorcio, sentencias de separación o divorcio, convenio regulador o declaración juradade separación de hecho y no convivencia con el otro progenitor/a).

☐ Víctimas de violencia de género

☐ Mujeres en situación de desempleo de larga duración.

☐ Mujeres mayores de 45 años.

☐ Unidad familiar en la que existe otras carga relacionada con cuidados a personas dependientes.

☐ Unidad familiar donde al menos uno de los progenitores tenga reconocida una discapacidad.

☐ Unidad familiar en riesgo de exclusión social

DECLARACION

En el caso de que haya una SEPARACIÓN DE HECHO, declara bajo juramento o promesa que no convive con el padre/madre del niño/a que figura en el Libro de Familia.

☐ **Fdo: _____**

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

☐ Fotocopia del DNI /NIE/ Pasaporte de la persona/s responsable/s del/de la menor.

☐ Fotocopia del Libro de Familia.

☐ Fotocopia Tarjeta sanitaria del / la menor

☐ Justificante de necesidad de conciliación mediante certificado de empresa donde conste el horario laboral o declaración jurada.

☐ Justificante de admisión en actividad formativa, donde se especifiquen horarios y fechas u otra documentación que acredite la necesidad de acceder al programa donde se especifiquen horarios y fechas (cita médica, entrevista, taller…)

☐ Fotocopia de sentencia de separación y convenio regulador.

☐ Documentación específica (familia monomarental, monoparental, víctima de violencia de género)

☐ Fotocopia resolución del grado de discapacidad del progenitor

☐ Fotocopia de dependencia del /la menor o miembros de la Unidad familiar

AUTORIZACIONES EN LA INTERVENCION CON EL LA MENOR

☐ **AUTORIZO** al personal Técnico responsable de los Espacios Corresponsables a que tomen las medidas oportunas en caso de urgencia o accidente, durante su estancia, cuando no sea posible la comunicación previa con las personas responsables del/de la menor.

☐ **AUTORIZO** a realizar salidas de los Espacios Corresponsables conforme a la programación de actividades de los mismos.

COMPROMISOS

Me comprometo a no traer (o en su caso, recoger) al Centro Corresponsable a mi hijo/a si presenta temperatura mayor o igual a 37.3ºC, tos, diarreas u otra sintomatología sugerente de enfermedad por Coronavirus hasta la identificación y resolución del proceso infeccioso.
Igualmente, ante la sospecha de contacto con personas enfermas o contagiadas por Coronavirus, seguirán las indicaciones de aislamiento dictadas por su pediatra para la contención del virus, informando al Centro para la adopción de medidas necesarias que fueran precisas en relación al resto de usuarios/as y personal del mismo.

PROTECCIÓN DE DATOS Sus datos personales y los de su hijo/a o menor a su cargo serán usados para poder gestionar la presente solicitud de inscripción, así como, en caso de que se produzca la admisión, del mantenimiento, la gestión y control del servicio. La persona solicitante manifiesta su consentimiento en los términos de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Puede ejercer sus derechos a solicitar el acceso a sus datos personales, a solicitar su rectificación o supresión, a solicitar la limitación de su tratamiento, a oponerse al tratamiento y el derecho a la portabilidad de los datos. No está prevista la transferencia de su información personal ni la de su hijo/a o menor a su cargo fuera del Espacio Económico Europeo. Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle: Ayuntamiento de Munera. Plaza de la Constitución, 1

PADRE/ MADRE O TUTOR/A — PADRE /MADRE O TUTOR/A

Fdo.: — Fdo.:

Las solicitudes deberán ir firmadas por ambos progenitores/tutores.

En Munera, a de de 202_

AL EXCMO. SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE MUNERA

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.-

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar nuestras actividades.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

AYUNTAMIENTO DE MUNERA.

Plaza de la Constitución 1, 02612 Munera (Albacete)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

☐ Consiento que se utilice mi número de teléfono para que el AYUNTAMIENTO DE MUNERA pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.

☐ Consiento que se utilice el correo electrónico facilitado para que SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA pueda comunicarse conmigo.

☐ Consiento que se utilice la imagen de mi hijo/a, hijos/as en internet y otros medios similares para su publicación a través de las redes sociales con el fin de dar a conocer la entidad y difundir su actividad.

☐ Consiento la cesión de mis datos personales a: AYUNTAMIENTO DE MUNERA.

☐ Autorizo a Servicios Sociales de Atención Primaria a compartir comunicación de datos personales a nivel interadministrativo.

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

Firma del interesado (en su caso, padre, madre o tutor):

Nombre y apellidos: .....

DNI: .....

DECLARACIÓN JURADA AUTÓNOMOS/AS
PADRE

D. _____ con DNI_____, con domicilio en Munera, _____ Nº_____

Declaro bajo juramento que:

☐ Desempeño mi puesto de trabajo como _____ con un horario laboral de _____

☐ En la actualidad estoy desempleado

Declaro que utilizaré sólo el Programa Corresponsables cuando coincida con mi horario laboral

Munera, _____ de _____ de _____

Fdo: _____

DECLARACIÓN JURADA AUTÓNOMOS/AS
MADRE

D. _____ con DNI_____, con domicilio en Munera, _____ Nº_____

Declaro bajo juramento que:

☐ Desempeño mi puesto de trabajo como _____ con un horario laboral de _____

☐ En la actualidad estoy desempleado

Declaro que utilizaré sólo el Programa Corresponsables cuando coincida con mi horario laboral

Munera, _____ de _____ de _____

ANEXO I

Matrícula Plan Corresponsables 2025.

Requisito: niños/as empadronados/as en Munera.

DATOS PERSONALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A

Apellidos_____Nombre_____

Domicilio_____DNI:_____

Teléfono Fijo_____Teléfono Móvil_____

* El teléfono que se escriba será el que se incluya en el grupo de difusión, , si desea que haya varios, escríbalos.

DATOS PERSONALES HIJOS/AS.

	Nombre del hijo/a	Apellidos	Fecha de nacimiento	Edad
1				
2				
3				
4				

PERÍODO QUE PARTICIPARÁ (Marca con una x la/s casilla/s correspondiente/s). Precio por niño/a

Julio de 7.15 a 10.00	25 € /mes	
Agosto: sólo del 1 al 14 de Agosto de 7.15 a 10.00	25 € /mes	
Agosto: sólo del 18 al 28 de Agosto de 7.15 a 13.30	50 € /mes	
Agosto: del 1 al 28 de Agosto (con horario de 7.15 a 10.00 del 1 al 14 de agosto y del 18 al 28 de agosto con horario de 7.15 a 13.30)	50 €/ mes	

AQUELLAS FAMILIAS QUE PUEDAN ACOGERSE A LAS REDUCCIONES PUBLICADAS EN ORDENANZA MUNICIPAL Y CARTEL INFORMATIVO, DEBERÁN MARCARLO EN ESTA SOLICITUD, COMPROBÁNDOSE LA MISMA EN LA BASE DE DATOS DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y APLICÁNDOSE LA REDUCCIÓN CORRESPONDIENTE (Ver tabla de precios)

☐ Familia con reducción.

Las matrículas se pagarán por domiciliación bancaria. El cargo se realizará una vez iniciado el mes.
Autorizo al Ayuntamiento de Munera para que realice los cargos que correspondan de las matrículas por el servicio Plan Corresponsables 2025 en el número de cuenta del cual soy titular que a continuación se indica.
En aquellos casos cuya entidad bancaria no sea de Munera se ha de indicar dirección y código postal de dicha entidad.

DATOS DE LA DOMICILIACIÓN BANCARIA

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR																							
NOMBRE ENTIDAD BANCARIA																							
DIRECCIÓN COMPLETA Y CODIGO POSTAL DE LA ENTIDAD BANCARIA																							
IBAN				**ENTIDAD**				**SUCURSAL**				**D.C.**		**NÚMERO DE CUENTA**									
E	**S**																						

Munera a_____ de _____de 2025

D/Dñª. _____ padre/madre/tutor de _____ con D.N.I. Nº _____, otorga su autorización para que su hijo/a _____ , su hijo/a _____ y su hijo/a _____ participen en el Programa de Verano Infantil que organiza el Ayuntamiento (Servicios Sociales de Atención Primaria).

DISCAPACIDAD:

IMPORTANTE: para la contratación de personal especialista y/o más personal, que pueda atender a niños/as con nee que precisen ciertos apoyos, es necesario que haga constar si su hijo/a tiene reconocida algún tipo de discapacidad o sospecha de la misma, en este formulario sólo ha de marcar SI o No. En el supuesto de que exista una discapacidad o sospecha, el tipo de discapacidad se lo puede especificar a la Educadora Social (Alma) para que los apoyos queden garantizados.

Discapacidad SI ☐ ☐ NO

DATOS SANITARIOS (ENFERMEDADES, ALERGIAS):

Indicar aquellos datos sanitarios que usted considere que el monitor/a del niño/a deba conocer _____

_____

OTROS DATOS:

¿Sabe nadar?

SI ☐ ☐ NO

Nota: Por cuestión de seguridad y la responsabilidad que conlleva y basándonos en la experiencia de años anteriores. Se establece que aquel/a niño/a, que necesite una supervisión continúa de un/a adulto/a, o que tenga que utilizar manguitos, se considerará que NO SABE NADAR. Si el monitor/a observa en la piscina que un niño/a no parece ser que se defienda en el agua, le pedirá al padre, madre y/o tutor/a el uso obligatorio de los manguitos.

OBSERVACIONES (indicar cualquier otra cuestión que considere de interés para los/as monitores/as) _____

_____

Munera, ____ de ____ de 2025