



AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE MUDELA

FECHA DE ENTRADA

NÚMERO

DEPENDENCIA

Nombre

Dirección

Núm.

Piso

Localidad

NIF

Tlf.

En representación de

Correo Electrónico

Dirección

Núm.

Piso

Localidad

NIF

Tlf.

Comunicación Electrónica: ☐Comunicación: Postal: ☐

EXPONE:

Que

SEÑALAR CON UNA X EL GRUPO PRIORITARIO AL QUE PERTENECE Y APORTAR LA DOMUMENTACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE:

- _ Víctimas de violencia de género
- _ Familias monoparentales o monomarentales
- _ Mujeres en situación de desempleo que realicen acciones formativas
- _ Mujeres con acreditación del grado de discapacidad
- _ Mujeres mayores de 45 años o unidades familiares en las que existan cargas relacionadas con el cuidado de personas dependientes
- _ Familias en las que ambos progenitores trabajen (se valorarán el nivel de renta y las cargas familiares)
- _ Familia numerosa

SOLICITA:

Que

SEA INSCRITO EN EL PLAN CORRESPONSABLES 25/26 . EL/LA MENOR :

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Observaciones:

Horario:

En Santa Cruz de Mudela a, de de