



Consejería de Educación,  
Cultura y Deportes  
Secretaría General

Nº Procedimiento

120036

Código SIACI  
SI4JS

## SOLICITUD PLAZA SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

### 1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre	<input type="text"/>	1º Apellido	<input type="text"/>	2º Apellido	<input type="text"/>
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Nº de Documento	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>			Población	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
En caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia, indique cual:					
<input type="text"/>					

### 2. DATOS FAMILIARES: PADRE-MADRE-TUTOR/A

Nombre	<input type="text"/>	1º Apellido	<input type="text"/>		
2º Apellido	<input type="text"/>	NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Nº de Documento:	<input type="text"/>

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la **Secretaría General de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes** con la finalidad de la **gestión y seguimiento del expediente académico de los alumnos de los centros dependientes de la Consejería**. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, **Bulevar del Río Alberche, s/n 45007** o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico [protecciondatos@jccm.es](mailto:protecciondatos@jccm.es)

### 3. DATOS ACADEMICOS

Año Académico	<input type="text" value="2020/2021"/>	Centro Docente:	<input type="text" value="CEIP Santo Tomás de Villanueva"/>		
Localidad	<input type="text" value="Ciudad Real"/>		Provincia	<input type="text" value="Ciudad Real"/>	
Etapa:	Ed. Infantil <input type="checkbox"/>	Ed. Primaria <input type="checkbox"/>	Curso:	<input type="text"/>	
Tipo de Jornada:	Continua				

### 4. SOLICITUD DE PLAZA

Servicio que solicita:	COMIDA MEDIODIA <input type="checkbox"/>	AULA MATINAL <input type="checkbox"/>	SERVICIO DE CATERING <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio del servicio de comedor:	<input type="text"/>		
Causas que lo justifican:	<input type="checkbox"/> Becado		
	<input type="checkbox"/> Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges		
	<input type="checkbox"/> Otras causas (especificar) <input type="text"/>		



**Consejería de Educación,  
Cultura y Deportes  
Secretaría General**

### 5. DECLARACIONES RESPONSABLES

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación del solicitante, **DECLARA:**  
Ser ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

### 6. AUTORIZACIONES

El solicitante **AUTORIZA**  **SI**  **NO** a los Servicios Periféricos de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los datos acreditativos de identidad, domicilio o residencia, información de índole tributaria y sobre afiliación a la Seguridad Social y datos o documentos emitidos o que se encuentren en poder de la Administración regional, en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

### 7. DOCUMENTACIÓN

La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:

Informe/certificado médico, en caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia

### 8. DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN.

**TITULAR CUENTA BANCARIA:** Nombre:  Primer Apellido

Segundo Apellido  Entidad:  Oficina

**Autorizo que los recibos del Comedor/Aula Matinal de SALONES BOYMA, S.L, sean cargados en esta cuenta:**

IBAN				Código Entidad				Sucursal				DC		Número de Cuenta								

### 9. FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL.

En Ciudad Real a.....de.....de 20

Fdo:.....

**SR/A DIRECTOR/A DEL CENTRO.**