

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

### PROGRAMA” CONCILIA EXTREMADURA 2026” AYUNTAMIENTO DE VALENCIA DE ALCÁNTARA

#### DATOS DEL MENOR

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI/NIE (si dispone): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Empadronado/a en Valencia de Alcántara:  SÍ  NO

#### DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el menor:  Padre  Madre  Tutor/a Legal

#### UNIDAD FAMILIAR

Número de miembros de la unidad familiar: \_\_\_\_\_

#### SITUACIÓN FAMILIAR Y CIRCUNSTANCIAS BAREMABLES

Situación laboral:

- Ambos progenitores/tutores trabajan.
- Uno de los progenitores/tutores trabaja.
- Ninguno de los progenitores/tutores trabaja.
- Familia monoparental con progenitor en activo.
- Familia monoparental con progenitor desempleado.

Además, concurre alguna de las siguientes circunstancias:

- Mujer víctima de violencia de género u otras formas de violencia contra las mujeres.
- Persona con discapacidad igual o superior al 33%.
- Situación de riesgo de exclusión social.
- Solicitante de asilo o persona refugiada.
- Existencia de responsabilidades de cuidado de familiares o personas dependientes.
- Ninguna de las anteriores.

### QUINCENAS SOLICITADAS

Indique por orden de preferencia un máximo de dos quincenas:

- 1ª Quincena (1 al 15 de julio)
- 2ª Quincena (16 al 31 de julio)
- 3ª Quincena (3 al 14 de agosto)
- 4ª Quincena (17 al 31 de agosto)

En caso de existir plazas vacantes tras la adjudicación inicial:

- Solicito participar en más quincenas si existieran plazas disponibles.
- No solicito participar en más quincenas.

### INFORMACIÓN SANITARIA DEL MENOR

¿Presenta el menor alguna alergia, intolerancia, enfermedad, discapacidad o circunstancia médica relevante?

- NO
- SÍ (especificar):

---

---

---

---

---

¿Precisa medicación durante el desarrollo de las actividades?

- NO
- SÍ (especificar tratamiento, dosis y horario):

---

---

Se adjunta documentación médica acreditativa:

- SÍ
- NO

#### PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA DEL MENOR

1. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL MENOR

- AUTORIZO a mi hijo/a a abandonar por sí solo/a las instalaciones al finalizar las actividades, eximiendo al Ayuntamiento de Valencia de Alcántara y al personal del programa de cualquier responsabilidad desde el momento de su salida.
- NO AUTORIZO la salida autónoma del menor. El menor únicamente podrá ser recogido por las personas autorizadas en esta solicitud.

#### AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES

- AUTORIZO al Ayuntamiento de Valencia de Alcántara a captar y utilizar imágenes, fotografías o vídeos del menor realizados durante el desarrollo de las actividades del programa para fines informativos, divulgativos y de promoción institucional, en publicaciones municipales, página web, redes sociales y otros medios de comunicación del Ayuntamiento.
- NO AUTORIZO la captación ni difusión de imágenes del menor.

#### CLÁUSULA INFORMATIVA SOBRE ASPECTOS SANITARIOS

Declaro haber sido informado/a de que el personal monitor y educativo del Programa Concilia Extremadura 2026 no dispone de formación sanitaria específica ni tiene atribuidas funciones propias del personal sanitario. En consecuencia, la participación de

menores con alergias, intolerancias, patologías, tratamientos médicos o cualquier otra circunstancia de salud relevante requerirá la comunicación previa de dicha situación por parte de la familia, así como la aportación de la documentación médica necesaria para la correcta atención del menor dentro de las posibilidades organizativas del servicio.

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona firmante declara:

- Que son ciertos todos los datos consignados en esta solicitud.
- Que conoce y acepta las Bases Reguladoras del Programa Concilia Extremadura 2026.
- Que se compromete a comunicar cualquier modificación de los datos aportados.
- Que autoriza al Ayuntamiento a verificar la documentación presentada cuando resulte necesario para la tramitación de la solicitud.

## PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, los datos facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de Valencia de Alcántara con la finalidad de gestionar la participación en el Programa Concilia Extremadura 2026. Las personas interesadas podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad mediante solicitud dirigida al Ayuntamiento.

En Valencia de Alcántara, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Firma del padre, madre o tutor/a legal

Fdo.: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA

### Documentación obligatoria:

- Solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Fotocopia del DNI/NIE del padre, madre o tutor/a legal.
- Fotocopia del DNI/NIE del menor (si dispone de él).
- Certificado colectivo de empadronamiento actualizado de la unidad familiar.
- Declaración de la Renta correspondiente al ejercicio 2024 de la unidad familiar.
- Certificado de la Agencia Tributaria acreditativo de ingresos obtenidos en 2024 (sólo en caso de no haber presentado declaración de la renta).

### Documentación complementaria para la baremación (marcar únicamente si procede):

- Informe de vida laboral actualizado o documentación acreditativa de la situación laboral.
- Documentación acreditativa de familia monoparental.
- Documentación acreditativa de víctima de violencia de género o de otras formas de violencia contra las mujeres.
- Certificado acreditativo de discapacidad igual o superior al 33%.
- Informe de los Servicios Sociales acreditativo de situación de riesgo de exclusión social.
- Documentación acreditativa de solicitante de asilo o persona refugiada.
- Documentación acreditativa de responsabilidades de cuidado de familiares o personas dependientes.

**Información sanitaria (sólo en caso de existir circunstancias médicas relevantes):**

- Fotocopia de la tarjeta sanitaria del menor.
- Informe médico acreditativo de alergias.
- Informe médico acreditativo de intolerancias alimentarias.
- Informe médico acreditativo de patologías o enfermedades.
- Prescripción médica o pauta de medicación.

## ANEXO I

### AUTORIZACIÓN PARA COMPROBACIÓN DE OFICIO DEL CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_

con NIF/NIE./Pasaporte \_\_\_\_\_

y con domicilio a efectos de notificación en CALLE/AVDA./PLAZA: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_ BLOQUE \_\_\_ PISO \_\_\_ PUERTA. \_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

#### **POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO:**

**AUTORIZO** al Ayuntamiento de VALENCIA DE ALCÁNTARA a realizar la comprobación de oficio del empadronamiento colectivo correspondiente a mi persona, para la tramitación del siguiente procedimiento:

#### **SOLICITUD DE PLAZA EN EL PROGRAMA CONCILIA EXTREMADURA 2026 VALENCIA DE ALCÁNTARA**

De conformidad con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, autorizar al Ayuntamiento a:

- Consultar mi empadronamiento colectivo en sus propios archivos
- NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO** para que el Ayuntamiento realice la consulta de mi empadronamiento. En este caso, el solicitante aportará la documentación acreditativa correspondiente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del autorizante: