

| A DATOS DEL CENTRO EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO EL ALUMNO   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | CÓDIGO DEL CENTRO:   |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|---|--------------------------|--------|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------|--|------------|--|---------------------|--------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|
| NOMBRE DEL CENTRO _____   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | LOCALIDAD _____  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| CURSO EN QUE ESTÁ MATRICULADO (INDICAR EL NÚMERO):  |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | INFANTIL: _____  |  | PRIMARIA _____ |  | ESO: _____ |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| B DATOS PERSONALES DEL ALUMNO Y DOMICILIO FAMILIAR  |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| NIF _____   |                          |        |  |  | APELLIDO 1: _____       |  |  |  |  | APELLIDO 2: _____  |  |                |  |            | NOMBRE _____   |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____   |                          |        |  |  | NACIONALIDAD _____      |  |  |  |  | GRADO DISCAPACIDAD _____   |  |                |  |            | SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| Tipo de vía: _____  |                          |        |  |  | Nombre de la vía: _____ |  |  |  |  | Número: _____  |  |                |  |            | Escalera: _____  |                     |                    |                          |  | Piso: _____                            |  |  |  |  | Letra: _____ |  |  |  |  |
| Provincia: _____  |                          |        |  |  | Localidad: _____        |  |  |  |  | CP: _____  |  |                |  |            | TFNO: _____  |                     |                    |                          |  | SOLICITA RECIBIR SMS EN TFNO: _____    |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| ENTIDAD Y CUENTA O CARTILLA DONDE DESEA PERCIBIR LA AYUDA   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | IBAN   |  | ENTIDAD        |  | OFICINA    |  | DC                  |                    | Nº DE CUENTA             |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| C DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2014 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)  |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| CLASE DE PARENTESCO   | EXTRANJERO               | N.I.F. |  |  |                         |  |  |  |  | APELLIDO 1   |  | APELLIDO 2     |  | NOMBRE     |  | FECHA DE NACIMIENTO | GRADO DISCAPACIDAD | CASA DO                  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| Padre/Madre/Tutor SOLICITANTE   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| Condición legal de Familia Numerosa registrada en la Comunidad Autónoma de _____ con título nº _____, fecha cad. _____.   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | Nº de miembros incluidos en la unidad familiar a 31/12/2014 <input type="checkbox"/> |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| D CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| CIF DE LA INSTITUCIÓN _____   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN: _____  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| Titular de la cuenta en la que se solicita el pago: NIF/CIF: _____ Apellidos y nombre/denominación: _____   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| E A CUMPLIMENTAR POR EL DIRECTOR/A DEL CENTRO ESCOLAR (Marcar con una X lo que proceda)   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| Los grados de discapacidad iguales o superiores al 33% de (indíquese nombre, apellidos y parentesco) _____ han sido reconocidos por un organismo distinto a la Junta de Castilla y León.  |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> La condición de familia numerosa ha sido reconocida por un organismo distinto a la Junta de Castilla y León.   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Alguno de los miembros de la unidad familiar reúne la condición de víctima del terrorismo.   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| D./D <sup>a</sup> _____, como Director/a del Centro Escolar, certifica que los datos contenidos en esta solicitud son coincidentes con la documentación obrante en el Centro.   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| _____, a _____ de _____ de 2016.  |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| (SELLO DEL CENTRO)  |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | (FIRMA)  |  |                |  |            |  |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| Los firmantes declaran responsablemente que son ciertos los datos consignados en la solicitud, aceptan las bases y convocatoria de ayudas, declaran cumplir los requisitos exigidos y estar al corriente de sus obligaciones tributarias y de Seguridad Social y se comprometen a entregar en el centro los libros subvencionados en buen estado. Asimismo [x] AUTORIZAN a la Consejería de Educación, para obtener los datos necesarios para determinar la renta, los del D.N.I. o equivalente, la condición de familia numerosa, de persona con discapacidad de algún miembro de la familia. En caso de no autorizar, deberá aportar la correspondiente documentación. Negarse a comunicar los datos imposibilitará la tramitación de su solicitud. Los datos de la solicitud serán incluidos en el fichero "Sistema Integrado de Becas y Ayudas al Estudio", conforme a lo previsto en la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Consejería de Educación. |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            | <b>A CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE SOLICITAR EL COBRO DE LA AYUDA POR EL CENTRO</b>   |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            | El padre, madre o tutor solicita al Director/a del Centro que, en caso de ser beneficiario de la ayuda, perciba su importe a través de la cuenta bancaria de dicho centro. |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| PADRE/MADRE/TUTOR, (FIRMA SOLICITANTE)  |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  | PADRE/MADRE/TUTOR, (FIRMA)   |  |                |  |            | OTROS MIEMBROS (FIRMA) (FIRMA) (FIRMA)   |                     |                    |                          |  | <b>EL PADRE, MADRE O TUTOR (FIRMA)</b> |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|   |                          |        |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |                |  |            | <b>AUTORIZA DIRECTOR/A</b>   |                     |                    |                          |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |

Código IAPA: nº 38 Modelo: nº 1

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 983 327 850.

**EXCMO. SR. CONSEJERO DE EDUCACIÓN**

(Preséntese en el centro escolar en el que se encuentra matriculado el alumno)