|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIPCIÓN****PLAN CORRESPONSABLES VÍCAR 2025** |

**DATOS PERSONALES**

**Datos de la madre o tutora:**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos de la padre o tutor:**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos de la niña o del niño participante:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Apellidos:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Edad: \_\_\_\_\_\_\_ | Enfermedades/alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y Apellidos:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Edad: \_\_\_\_\_\_\_ | Enfermedades/alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y Apellidos:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Edad: \_\_\_\_\_\_\_ | Enfermedades/alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y Apellidos:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Edad: \_\_\_\_\_\_\_ | Enfermedades/alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Otros familiares dependientes en la unidad familiar: (marcar con una X)** **Hijos menores de 3 años. Nº \_\_\_** **Personas con discapacidad** |

**COLECTIVO PRIORITARIO.** Marque la situación sociofamiliar de la niña o niño que participa:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Víctima de violencia de género y otras formas de violencia contra las mujeres. |
|  | Familia monomarental o monoparental. |
|  | Familia numerosa. |
|  | Progenitores con acreditación de grado de discapacidad. |
|  | Personas en riesgo d exclusión social. |
|  | Unidad familiar en las que existan otras cargas relacionadas con los cuidados. |

**CENTRO ESCOLAR en el que desea participar el niño o la niña siempre que se disponga de plazas:**

 CEIP BLAS INFANTE

 CEIP VIRGEN DE LA PAZ

**AUTORIZACIÓN a la recogida de la niña o niño por terceros:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I. nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I. nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I. nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que los datos personales que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad GESTIÓN CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER responsabilidad de AYUNTAMIENTO DE VÍCAR con la finalidad de GESTIÓN DE LOS DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES, BENEFICIARIAS O SUS REPRESENTANTES PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS, PRESTACIONES Y PROGRAMAS DEL CENTRO MUNICIPAL DE INFORMACIÓN A LA MUJER EN EL ÁMBITO MUNICIPAL., en base a la legitimación de CONSENTIMIENTO, OBLIGACIÓN LEGAL. [Más información sobre Protección de Datos personales](https://app.dipalme.org/proDatos/registros/registrosActRespConsulta.zul?id=493) en este enlace, en el apartado de privacidad de [http://www.vicar.es](http://www.vicar.es/) o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad.

Con la firma de este formulario, confirmo que he sido informado y acepto el tratamiento de mis datos personales para la actividad GESTIÓN CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER.

Las cláusulas están disponibles en la intranet de Diputación: <https://app.dipalme.org/proDatos/clausulaRecogida.jsp?id=493>

|  |  |
| --- | --- |
| Representante legal 01 | Representante legal 02 |
| D./Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| con DNI. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | con DNI. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Firma (Representante 01) Firma (Representante 02)

En Vícar a fecha \_\_\_\_ de ENERO de 2025

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROTECCIÓN DE DATOS y AUTORIZACIÓN DE USO DE LA IMAGENAUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE LA IMAGEN DE MENORESEl derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, yal tratarse de un dato de carácter personal también se ve afectado por la normativa de protección de datos regulada por el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y demás normativa en materia de protección de datos aplicable.La normativa de protección de datos obliga al Ayuntamiento de Vícar a disponer de autorización de las personas que ostentan la representación legal del menor para el tratamiento de su imagen (fotografía/video)\* y por ello solicitamos su consentimiento para poder realizar dichas publicaciones, en las cuales aparezcan individualmente o en grupo, el alumnado participante con la FINALIDAD: DIFUSIÓN ACTIVIDAD PLAN CORRESPONSABLES 2025 que se realizará en los centros educativos del municipio.Este material gráfico podrá ser publicado en los siguientes MEDIOS:* Página web del Ayuntamiento ([www.vícar.es](http://www.vícar.es)).
* Perfiles de redes sociales del Ayuntamiento: Facebook, YouTube, Instagram
* Memoria Centro Municipal de Información a la Mujer
* Memoria sobre las actividades de infancia.

Mediante la firma del presente documento autoriza el tratamiento de sus datos personales en las citadas redes sociales quedando sujetos a las políticas y condiciones establecidas en las mismas, y consintiendo en aquellos casos en las que exista la transferencia internacional de sus datos.Las imágenes serán tratadas durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad del tratamiento de los datos.Con la firma del presente documento, los titulares de la patria potestad o tutela* CONSIENTEN de forma expresa a que mi hijo/a pueda ser fotografiado/a o grabado/a dando mi consentimiento para la reproducción, exhibición y difusión del contenido audiovisual a través de cualquier medio por el Ayuntamiento de Vícar.
* NO CONSIENTEN de forma expresa a que mi hijo/a pueda ser fotografiado/a o grabado/a dando mi consentimiento para la reproducción, exhibición y difusión del contenido audiovisual a través de cualquier medio por el Ayuntamiento de Vícar.

EL TRATAMIENTO DE IMAGEN DEL MENOR/ES:…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..para las finalidades descritas y para su publicación en los medios indicados.

|  |  |
| --- | --- |
| Representante legal 01 | Representante legal 02 |
| D./Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| con DNI. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | con DNI. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma | Firma |

De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que los datos personales que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad GESTIÓN CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER responsabilidad de AYUNTAMIENTO DE VÍCAR con la finalidad de GESTIÓN DE LOS DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES, BENEFICIARIAS O SUS REPRESENTANTES PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS, PRESTACIONES Y PROGRAMAS DEL CENTRO MUNICIPAL DE INFORMACIÓN A LA MUJER EN EL ÁMBITO MUNICIPAL., en base a la legitimación de CONSENTIMIENTO, OBLIGACIÓN LEGAL. [Más información sobre Protección de Datos personales](https://app.dipalme.org/proDatos/registros/registrosActRespConsulta.zul?id=493) en este enlace, en el apartado de privacidad de [http://www.vicar.es](http://www.vicar.es/) o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad.Con la firma de este formulario, confirmo que he sido informado y acepto el tratamiento de mis datos personales para la actividad GESTIÓN CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER.Las cláusulas están disponibles en la intranet de Diputación: <https://app.dipalme.org/proDatos/clausulaRecogida.jsp?id=493> |

PRESENTAR LA SIGUIENTE **DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA** JUNTO A ESTA SOLICITUD:

* Fotocopia del DNI o NIE (Padre y Madre).
* Volante de empadronamiento.
* Acreditación de parentesco: copia de libro de familia/Certificación del Registro civil (en su caso) /Resolución administrativa o judicial que establezca el acogimiento familiar (en su caso).
* Fotocopia de la Tarjeta sanitaria, en casos especiales se requiere informe médico con las intolerancias, medicamentos, alergias, entre otros.
* En caso de que la unidad familiar tenga cargas relacionadas con cuidados de otros miembros de la familia, justificante de la situación.
* Ingresos de la Unidad Familiar; Copia del último IRPF, o declaración responsable de no estar obligado/a a presentarla, o Para trabajadores por cuenta ajena: Copia del contrato de trabajo / Copia de las tres últimas nóminas, o Para trabajadores por cuenta propia: Declaración Fiscal del último ejercicio de la persona que los genera (en su caso) /Último pago trimestral a cuenta efectuado (en su caso) .
* Certificado de retenciones e ingresos a cuenta de empresas en las que se hubiera estado trabajando en el año 2024, de todos los miembros de la unidad familiar.

**Y** APORTAR LA **DOCUMENTACIÓN QUE CORRESPONDA AL SUPUESTO SELECCIONADO** EN ESTA SOLICITUD:

* *Para el supuesto de víctimas de violencia:* la condición de víctima de violencia se acreditará mediante la aportación de la documentación prevista en el artículo 23 del Ley Orgánica 18/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE 313 de 29/12/2014): sentencia condenatoria, orden de protección, resolución judicial que acurde una medida cautelar, o informe del Ministerio Fiscal o informe de los servicios sociales, de los servicios especializados.
* *Para familias monoparentales o monomarentales:*documentación que acredite la situación.
* Progenitor con acreditación del grado de discapacidad:certificado del grado de discapacidad.
* *Unidades familiares en las que existan otras cargas relacionadas con los cuidados:* acreditación del grado de discapacidad y resolución del grado de dependencia.
* *Familia numerosa:* fotocopia título de familia numerosa.
* *Persona en riesgo de exclusión social:* informe de servicios sociales comunitarios que acredite la situación de exclusión social.
* Cualquier otra documentación que se considere pertinente.