Castilla-La Mancha

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 ____ 1º Apellido ____ 2º Apellido ____

NIF ☐ NIE ☐ Nº de Documento ____ Fecha de Nacimiento: ____

Domicilio ____ Población ____

Provincia ____ Código Postal ____ Teléfono ____

En caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia, indique cual:

____

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

Nombre ____ 1º Apellido ____

2º Apellido ____ NIF ☐ NIE ☐ Nº de Documento: ____

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

3. DATOS ACADEMICOS

Año Académico ____ Centro Docente: ____

Localidad ____ Provincia ____

Etapa: Ed. Infantil ☐ Ed. Primaria ☐ Ed. Secundaria ☐ Garantía Social ☐ Curso: ____

Tipo de Jornada: Continua ☐ Partida ☐

4. SOLICITUD DE PLAZA

Servicio que solicita: COMIDA MEDIODIA ☐ AULA MATINAL ☐

Fecha de inicio del servicio de comedor: ____

Causas que lo justifican:

☐ Utilización de transporte y jornada de mañana y tarde

☐ Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges

☐ Otras causas (especificar) ____

Consejería de Educación,
Cultura y Deportes
Secretaría General

5. DOCUMENTACIÓN

La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:

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

6. DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN.

TITULAR CUENTA BANCARIA: Nombre: _____ Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____ Entidad: _____ Oficina _____

Autorizo que los recibos del Comedor/Aula Matinal del Colegio / IES / Empresa, sean cargados en esta cuenta:

IBAN				Código Entidad				Sucursal				DC		Número de Cuenta									

7. FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL.

En ……, a …… de ……..…… de ……..

Fdo.: …….....

SR. DIRECTOR DEL CENTRO