



**ANEXO I**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN, “ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES EN INSTITUCIONES SOCIALES”**

**A PRESENTAR EN EL REGISTRO DE SU AYUNTAMIENTO**

**CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS**

<b>DATOS DEL/LA SOLICITANTE</b>			
N.I.F./C.I.F./N.I.E.		APELLIDOS y NOMBRE:	
DIRECCIÓN:		Nº:	C.P.:
POBLACIÓN:	PROVINCIA:	MUNICIPIO DE EMPADRONAMIENTO:	
TELEFONO CONTACTO:	EMAIL:		
FECHA DE NACIMIENTO:			
<b>DATOS ACADÉMICOS. NIVEL DE ESTUDIOS REALIZADOS</b>			
<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> BACHILLER / C.F. GRADO SUPERIOR / BUP / COU / FP2 / BACHILLERATO		
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ESCOLAR	<input type="checkbox"/> GRADO / MÁSTER / ESTUDIO UNIVERSITARIOS SUPERIORES		
<input type="checkbox"/> E.S.O. / C.F. GRADO MEDIO / E.G.B. / FP1	<input type="checkbox"/> OTROS		
<b>INDICAR OTROS ESTUDIOS:</b>			
<b>DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA</b>			
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DEL D.N.I., NIE O PASAPORTE			
<input type="checkbox"/> INFORME DE VIDA LABORAL			
<input type="checkbox"/> TITULACIÓN ACADÉMICA			
<input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN, EN CASO DE SER MENOR. FOTOCOPIA D.N.I. DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A			
<input type="checkbox"/> ACREDITACIÓN DE DEMANDA DE EMPLEO Y SU ANTIGÜEDAD (EXPEDIDO POR EL SAE)			
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA SOCIAL (ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES)			
<input type="checkbox"/> ANEXO II DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO			

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

FIRMA DEL/LA SOLICITANTE



<i>Deber de informar a los interesados/as sobre la protección de datos</i>	
<input type="checkbox"/> He sido informado de que este Ayuntamiento va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación que le acompaña para la tramitación y gestión de expedientes administrativos.	
Responsable	Ayuntamiento Olivares
Finalidad principal	Tramitación, gestión de expedientes administrativos y actuaciones administrativas derivadas de estos.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento: art. 55 del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre
Destinatarios	Los datos no se cederán a otras Administraciones Públicas.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como cualesquiera otros derechos que les correspondan, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos.

### **DECLARACIÓN RESPONSABLE**

Yo,..... con  
DNI..... y/o representante legal D./Dña.:.....  
con DNI..... y mayor de edad, declaro bajo mi responsabilidad:

- Que son ciertos todos los datos que figuran en este anexo.
- Que junto con este Anexo aporto documentación que acredita el cumplimiento de dichos requisitos.

En ..... a ..... de ..... de 20....

Firma: