



Consejería de Educación,
Cultura y Deportes
Secretaría General

Nº Procedimiento

120036

Código SIACI
SI4JS

SOLICITUD PLAZA SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2023/2024

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 ACADÉMICOS

Año Académico Centro Docente:

Localidad Provincia

Etapas: Ed. Infantil Ed. Primaria Ed. Secundaria Garantía Social Curso:

Tipo de Jornada: Continua Partida **NIE Nº Identificación escolar** _____
(A cumplimentar por el centro)

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)

Habitual Esporádico



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 | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

En Valdepeñas, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____

SR/A DIRECTOR/A DEL CENTRO