



**AYUNTAMIENTO DE  
PEDRO MUÑOZ**

**ÁREA DE IGUALDAD**

**Código del Procedimiento:  
IGU001**

*Espacio reservado para registro de entrada*

## SOLICITUD DEL SERVICIO DE CONCILIACIÓN

### DATOS FAMILIARES

DNI, NIF, NIE Tutora/Tutor:	Nombre y Apellidos Tutora/Tutor:		
DNI, NIF, NIE Tutor/Tutora:	Nombre y Apellidos Tutor/Tutora:		
Domicilio:		Código Postal:	
Municipio:	Provincia:	Teléfono:	

### DATOS DE LOS/AS MENORES

Nombre y Apellidos Menor 1:	Fecha Nacimiento:
Colegio:	Curso Escolar:
Indicar si es un/a alumno/a diagnosticado/a con necesidades educativas especiales, o si tiene alguna intolerancia o alergia alimentaria, o cualquier otro dato importante:	
Nombre y Apellidos Menor 2:	Fecha Nacimiento:
Colegio:	Curso Escolar:
Indicar si es un/a alumno/a diagnosticado/a con necesidades educativas especiales, o si tiene alguna intolerancia o alergia alimentaria, o cualquier otro dato importante:	
Nombre y Apellidos Menor 3:	Fecha Nacimiento:
Colegio:	Curso Escolar:
Indicar si es un/a alumno/a diagnosticado/a con necesidades educativas especiales, o si tiene alguna intolerancia o alergia alimentaria, o cualquier otro dato importante:	

### AULA MATINAL. SERVICIO DE MAÑANAS

Solicita hacer uso del servicio en los siguientes turnos y periodos (marque con X):

7:30 a 9:00 horas

13:00 a 14:00 horas (sólo el mes de septiembre)

ASISTENCIA REGULAR.

ASISTENCIA OCASIONAL. En este caso exponga las necesidades concretas de asistencia:

### AULA DE TALENTO. SERVICIO DE TARDES. COLEGIO NTRA. SRA. DE LOS ÁNGELES.

Solicita hacer uso del servicio en los siguientes periodos (marque con X):

ASISTENCIA REGULAR. Marcar el horario y días que asistirá/n:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
16:00-17:00	<input type="checkbox"/>				
17:00-19:00	<input type="checkbox"/>				

ASISTENCIA OCASIONAL. En este caso exponga las necesidades concretas de asistencia:





**DÍAS SIN COLE. SERVICIO PARA NO LECTIVOS LABORABLES** ::::

Solicita hacer uso del servicio en los siguientes **horarios** (marque con X):

De 7:30 a 15:00 horas.

Los siguientes **días sin colegio** (indique los días que desea usar el servicio):

--

**DOMICILIACIÓN BANCARIA PARA EL CARGO DE LA TASA** ::::

TITULAR DE LA CUENTA:	
CÓDIGO IBAN:	

**CONSENTIMIENTO Y DEBER DE INFORMAR A LAS PERSONAS INTERESADAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:** ::::

AYUNTAMIENTO DE PEDRO MUÑOZ, como responsable del tratamiento, le informa que tratamos sus datos de carácter personal, facilitados por usted, para la prestación de los servicios que nos ha solicitado, así como el envío de comunicaciones análogas a este servicio.

Tiene usted el derecho a acceso, rectificación, supresión y oposición de los datos, así como otros derechos, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del Ayuntamiento en PL. ESPAÑA, 1, CP 13620 de PEDRO MUÑOZ (CIUDAD REAL) o bien a la siguiente dirección de correo electrónico [dpd@pedro-munoz.com](mailto:dpd@pedro-munoz.com). Puede acceder a más información adicional en la política de privacidad de la pagina web <https://pedro-munoz.es/>.

Igualmente tendrá derecho a formular una queja o reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)) en caso de que sienta vulnerados sus derechos en lo concerniente a la protección de sus datos personales.

**A continuación, le solicitamos su CONSENTIMIENTO:**

– **Para fotografiar y grabar a su hija/o o menor a su cargo dentro de las actividades programadas, y a la publicación** de las fotografías y vídeos en los diferentes soportes de difusión del Ayuntamiento de Pedro Muñoz: captación de imágenes y utilización de las mismas en nuestra Web y Redes Sociales (para la publicación de las mismas en Facebook, Instagram, YouTube, etc.), para dar a conocer las actividades que llevamos a cabo en el Ayuntamiento con fines culturales:

**Sí acepto**

**No acepto**

– **Para la recepción de comunicaciones relacionadas con el servicio que prestamos** para proporcionarle información actualizada a través de correo electrónico o Whatsapp:

**Sí acepto**

**No acepto**

**FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE** ::::

Lugar y fecha:	Firma:
----------------	--------

**Sr. Alcalde - Presidente del Ayuntamiento de Pedro Muñoz**  
Tfno.: 926 586 001 | [www.pedro-munoz.es](http://www.pedro-munoz.es) | e-mail: [ayuntamiento@pedro-munoz.com](mailto:ayuntamiento@pedro-munoz.com)





## DECLARACIÓN RESPONSABLE

*Este documento solo se presentará en el caso de reunir alguna de las circunstancias que se indican, debiendo marcar con X la que corresponda.*

D./D.<sup>a</sup> , con D.N.I. N.º ,

y domicilio en ,

Como  del/la menor, o de los/as menores:

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD** que cumplo con los requisitos de priorización en la admisión:

- Familias monomarentales y/o monoparentales.
- Víctimas de violencia de género en todas sus manifestaciones.
- Mujeres en situación de desempleo realizando acciones formativas o búsqueda activa de empleo.
- Unidades familiares en las que existan otras cargas relacionadas con los cuidados.
- Unidades familiares con dos o más hijas/os inscritas/os en el servicio.

En Pedro Muñoz, a  de  de .

Firmado:

