

## ANEXO I. AYUNTAMIENTO DE VILLASECA DE UCEDA SOLICITUD FAMILIAS PLAN CORRESPONSABLES

D./DÑA \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

D./DÑA \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

### EXPONE

I.- Que por medio de este documento solicita poder participar en el Plan Corresponsables.

II.- Que manifiesta que reúne los requisitos que se indican en el Decreto 87/2021, de 27 de julio, Plan Corresponsables.

- **DATOS DEL NIÑO/A**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empadronado/a \_\_\_\_\_

Otros datos (necesidades educativas o atención especial, discapacidad, alergias)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **DATOS DEL NIÑO/A**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empadronado/a \_\_\_\_\_

Otros datos (necesidades educativas o atención especial, discapacidad, alergias)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **DATOS DEL NIÑO/A**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empadronado/a \_\_\_\_\_

Otros datos (necesidades educativas o atención especial, discapacidad, alergias)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **DATOS DEL NIÑO/A**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empadronado/a \_\_\_\_\_

Otros datos (necesidades educativas o atención especial, discapacidad, alergias)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**OTROS DATOS DE INTERES**

- Observaciones y más datos de interés que sean importantes para el cuidado y bienestar de su hijo/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Horario y días que solicita: \_\_\_\_\_

- **PERTENECER A LOS SIGUIENTES GRUPOS PRIORITARIOS**(marca la casilla si tienes uno de los casos)

☐ **Víctimas de Violencia de Género** en todas sus manifestaciones.☐ Familias **monoparentales y monomarentales**.☐ Mujeres **mayores de 45 años**☐ Unidades familiares en las que **existan otras cargas** relacionadas con los cuidados(en caso afirmativo, indicar.....)☐ Personas **desempleadas de larga duración (18 meses o +)**☐ Servicios Sociales, otros.

- **Fotocopia DNI niños/as y padres/madres.**

Firma del padre/madre/tutor/tutora

Firma del padre/madre/tutor/tutora