



Junta de Andalucía

Consejería de Desarrollo Educativo y
Formación Profesional



SOLICITUD PLAZA PARA RESIDENCIAS ESCOLARES Y ESCUELAS-HOGAR (Código procedimiento: 5583)

NUEVA ADJUDICACIÓN RENOVACIÓN

Fecha de presentación: / /

Los recuadros sombreados son a cumplimentar por la Administración

Número de registro:

1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:								
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
ACTÚA EN CALIDAD DE:								

2. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Marque solo una opción.

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:
(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).

TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:						

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).

Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico: N° teléfono móvil:

(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

3. DATOS ACADÉMICOS

1. Curso y enseñanza que realiza el solicitante en el curso actual:

Centro donde los realiza: Código:

Localidad: Provincia:

2. Curso para los que solicita plaza de Residencia Escolar o Escuela-Hogar:



3. DATOS ACADÉMICOS (Continuación)

EDUCACIÓN PRIMARIA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA EDUCACIÓN ESPECIAL CURSO: CÓDIGO:

BACHILLERATO Modalidad CURSO:

FORMACIÓN PROFESIONAL C.F. GRADO MEDIO C.F. GRADO SUPERIOR CURSO:

DENOMINACIÓN DEL CICLO FORMATIVO

ARTES PLÁSTICAS Y DISEÑO C.F. GRADO MEDIO C.F. GRADO SUPERIOR CURSO:

DENOMINACIÓN DEL CICLO FORMATIVO

ENSEÑANZAS DEPORTIVAS, PROFESIONALES DE MÚSICA O PROFESIONALES DE DANZA

DENOMINACIÓN

3. Residencias Escolares o Escuelas Hogar donde solicita plaza:

1º Código:

2º Código:

3º Código:

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

- a) Lejanía del domicilio al centro que imparte las enseñanzas solicitadas e imposibilidad de servicio de transporte. (S/N)
- b) Pertenencia a familia que pasan largas temporadas fuera de su lugar de residencia. (S/N)
- c) Pertenencia a familia en situación de dificultad extrema. (S/N)
- d) Hijo o hija de mujer atendida en centro de acogida para mujeres víctimas de violencia de género. (S/N)
- e) Compatibilizar los estudios de educación secundaria obligatoria con enseñanzas profesionales de música o danza. (S/N)
- f) Compatibilizar la escolarización con la progresión deportiva en clubes y entidades de superior categoría. (S/N)

Todas las circunstancias deberán acreditarse con la correspondiente documentación.

5. OTRAS CIRCUNSTANCIAS

- a) Renta de la unidad familiar
- Números de miembros de la unidad familiar
- b) Discapacidad
- Alumno/a Tutores/as o guardadores/as legales Hermanos/as o menores en acogimiento
- c) Familia numerosa Monoparental
- d) Algún miembro de la familia que ejerce la tutela se encuentra internado de un centro penitenciario

6. PARA ENSEÑANZAS POSOBLIGATORIAS

- a) Nota media del último curso finalizado
- b) Distancia en kms. entre el domicilio familiar y el centro más cercano donde se imparten las enseñanzas que se desean cursar

7. DERECHO DE OPOSICIÓN

El órgano gestor va a **consultar** los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, cada persona puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):

7.1	PERSONA SOLICITANTE
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO, a la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO, a la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO, a la consulta de mis datos relativos a mi condición de familia numerosa a través del Servicio Verificación de Datos de Familia Numerosa, y apporto copia del certificado acreditativo.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO, a la consulta de mis datos de discapacidad a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.



7. DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)				
7.2 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE TUTOR/A O GUARDADOR/A				
7.2.1. EN CASO DE DISCAPACIDAD DE TUTOR/A O GUARDADOR/A: N°1				
NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.			
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de discapacidad a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.			
Fdo.:				
7.2.2. EN CASO DE DISCAPACIDAD DE TUTOR/A O GUARDADOR/A: N°2				
NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.			
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de discapacidad a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.			
Fdo.:				
7.2.3. EN CASO DE DISCAPACIDAD DE TUTOR/A O GUARDADOR/A: N°3				
NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.			
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de discapacidad a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.			
Fdo.:				
7.2.4. EN CASO DE DISCAPACIDAD DE TUTOR/A O GUARDADOR/A: N°4				
NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.			
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO , a la consulta de mis datos de discapacidad a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.			
Fdo.:				
7.3 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO				
7.3.1 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO: N° 1				
NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:



7. DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de discapacidad** a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y aporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.

Fdo.:

7.3.2 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO: N° 2

NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de discapacidad** a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y aporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.

Fdo.:

7.3.3 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO: N° 3

NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de discapacidad** a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y aporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.

Fdo.:

7.3.4 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO: N° 4

NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de discapacidad** a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y aporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.

Fdo.:



7. DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)

7.3.5 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO: N° 5

NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de discapacidad** a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.

Fdo.:

7.3.6 EN CASO DE DISCAPACIDAD DE HERMANO/A O MENOR EN ACOGIMIENTO: N° 6

NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.

ME OPONGO, a la consulta de mis **datos de discapacidad** a través del Servicio Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.

Fdo.:

8. CONSENTIMIENTO EXPRESO

8.1 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR N° 1: SOLICITANTE

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.

NO CONSIENTE y aporta la documentación acreditativa.

8.2 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR N° 2

NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.

NO CONSIENTE y aporta la documentación acreditativa.

Fdo.:

8.3 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR N° 3

NOMBRE:	APELLIDO 1°:	APELLIDO 2°:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------



8. CONSENTIMIENTO EXPRESO

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.
- NO CONSIENTE** y aporta la documentación acreditativa.

Fdo.:

8.4 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR Nº 4

NOMBRE:	APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.
- NO CONSIENTE** y aporta la documentación acreditativa.

Fdo.:

8.5 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR Nº 5

NOMBRE:	APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.
- NO CONSIENTE** y aporta la documentación acreditativa.

Fdo.:

8.6 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR Nº 6

NOMBRE:	APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.
- NO CONSIENTE** y aporta la documentación acreditativa.



8. CONSENTIMIENTO EXPRESO

Fdo.:

8.7 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR Nº 7

NOMBRE:	APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.

NO CONSIENTE y aporta la documentación acreditativa.

Fdo.:

8.8 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR Nº 8

NOMBRE:	APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.

NO CONSIENTE y aporta la documentación acreditativa.

Fdo.:

8.9 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR Nº 9

NOMBRE:	APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
---------	--------------	--------------	--	----------

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.

Marque una de las opciones

La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.

NO CONSIENTE y aporta la documentación acreditativa.

Fdo.:



8. CONSENTIMIENTO EXPRESO

8.10 PERSONA MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR Nº 10

NOMBRE:	APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS ANTE LA AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA O ANTE LAS HACIENDAS FORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA.				
Marque una de las opciones				
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha de presentación de la solicitud.			
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta la documentación acreditativa.			
Fdo.:				

9. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario y **SOLICITA** la autorización reseñada.

En a de de

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.:

ILMO./A. SR./A. DIRECTOR/A GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CENTROS Y ENSEÑANZA CONCERTADA

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es Dirección General de Planificación, Centros y Enseñanza Concertada cuya dirección es c/ Juan Antonio de Vizarrón s/n. Edificio Torretriana - cuya dirección es 41092 de Sevilla y correo electrónico dgpcec.cdefp@juntadeandalucia.es
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.ced@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento "CED-Gestión de la admisión y matriculación", con la finalidad de gestionar las solicitudes de admisión, inscripciones y matrícula en las enseñanzas de primer y segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria, bachillerato y solicitudes de admisión en residencias escolares y escuelas hogar; la licitud de dicho tratamiento se basa en el art. 6.1.c) del RGPD.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal. La Planificación, Centros y Enseñanza Concertada contempla la cesión de datos en aquellos casos en que la cesión resulte obligada por Ley o por una norma de la Unión Europea. Con carácter particular se cederán cuando lo requieran los Juzgados y Tribunales, el Ministerio Fiscal, la Cámara de Cuentas, el Tribunal de Cuentas y las Autoridades Tributarias. También se podrán ceder a otras Administraciones u Organismos Públicos en los casos en que proceda para el cumplimiento por estos de un deber legal o si es necesaria para el ejercicio de las potestades conferidas.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/165861.html>



INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.

1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona o entidad que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren. Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación, por ejemplo, en caso de representante legal: padre, madre, tutor/a..

2. NOTIFICACIÓN

Será necesario marcar una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.

- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación. Asimismo, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder recibir los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

3. DATOS ACADÉMICOS

Deberá cumplimentar los datos que aquí se requieren.

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

Deberá marcar el motivo que corresponda.

5. OTRAS CIRCUNSTANCIAS

Deberá indicar estas circunstancias en caso de existir.

6. PARA ENSEÑANZAS POSOBLIGATORIAS

En este caso deberá indicar lo que corresponda.

7. DERECHO DE OPOSICIÓN

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

8. CONSENTIMIENTO EXPRESO

Deberán cumplimentar los datos todas la personas que formen parte de la unidad familiar, mayores de 16 años a fecha de 31 de diciembre del ejercicio fiscal del IRPF inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de finalización de presentación de la solicitud de admisión.

En caso de estar de acuerdo con que el órgano gestor realice directamente la consulta del dato indicado, marcar la casilla de CONSENTIMIENTO, en caso contrario deberá marcar la casilla relativa a NO CONSENTIMIENTO y aportar la documentación correspondiente.

9. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.