

**ANEXO III**  
**MODIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR.**  
**CURSO 20\_\_\_/20\_\_\_**

**IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR LOS DATOS DE LOS APARTADOS 1) y 2) EN TODOS LOS CASOS, Y EN EL RESTO DE APARTADOS SÓLO AQUELLOS DATOS QUE QUIERA MODIFICAR**

1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO CURSARÁ LOS ESTUDIOS														
NOMBRE DEL CENTRO								CÓDIGO DEL CENTRO						
MUNICIPIO						LOCALIDAD								
2. DATOS DEL ALUMNO/A														
PRIMER APELLIDO						SEGUNDO APELLIDO								
NOMBRE						DNI/NIF				SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER				
CALLE						Nº		PISO		LETRA		TELÉFONOS		
PROVINCIA				CÓDIGO POSTAL				LOCALIDAD						
ESTUDIOS PARA LOS QUE SOLICITA LA PLAZA:														
ETAPA:						CURSO:								
<input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL						<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º								
<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA						<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º								
<input type="checkbox"/> E.S.O.						<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º								
3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:														
<b>DIETA ESPECIAL:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: ..... IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico que lo acredite emitido por el especialista.						<b>TIPO DE HABITUALIDAD:</b> <input type="checkbox"/> HABITUAL: todos los días lectivos <input type="checkbox"/> HABITUAL DISCONTINUO: deberá tener una asistencia mínima mensual del 50% de los días en que se preste servicio de comedor. Deberá presentar el CALENDARIO DE ASISTENCIAS antes del día 1 de cada mes.  FECHA DE COMIENZO DE ASISTENCIA: .....								
4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)														
PRIMER APELLIDO						SEGUNDO APELLIDO								
NOMBRE						DNI/NIF				PARENTESCO CON ALUMNO				
5. DATOS DE OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR														
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			DNI/NIF			PARENTESCO (con el alumno)		
6. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA:														
DATOS DEL TITULAR			NOMBRE:			APELLIDO 1:			APELLIDO 2:			DNI/NIE:		
NÚMERO DE CUENTA:														

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firmas (padre, madre, tutor/a y, en su caso, personas que figuren en el apartado 3)

\* El/la firmante declara bajo su responsabilidad que los datos consignados en la solicitud son ciertos.

\* El/la firmante autoriza a los cuidadores del servicio a que en caso de necesidad a avisar a los servicios de emergencia del 112.

\* Los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, en el presente cupón serán incluidos en un fichero denominado "Registro de Servicios Complementarios a la Educación", ORDEN/EDU/2008 de 3 de noviembre, por el que se crea el fichero de datos de carácter personal de la Consejería de Educación e inscrito en el registro General de Protección de Datos y cuyo Responsable del fichero es Dirección General de Infraestructuras, Equipamiento y Servicios de la Consejería de Educación.

La finalidad de esta recogida de datos de carácter personal es la comunicación de los datos relativos a la cuenta corriente de domiciliación del cobro del servicio de comedor escolar. En caso de negarse a comunicar los datos, no será autorizado el uso del servicio con carácter habitual.

Vd. da, como titular de los datos, su consentimiento y autorización para la inclusión de los mismos en el fichero arriba detallado. En cualquier caso, podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Infraestructuras, Equipamiento y Servicios, con dirección Avenida Reyes Católicos Nº2. 47006 Valladolid, o bien y con carácter previo a tal actuación, solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el Responsable del Fichero dispone a tal efecto.

SR/A. DIRECTOR/A DEL CENTRO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_