

**ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL OTROS ESTUDIOS REGLADOS****DATOS PERSONALES**

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DOMICILIO (Calle y número)	C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL
PUESTO DE TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		CENTRO DE TRABAJO	

PERSONA BENEFICIARIA:

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
--------	-----------------	------------------	--------

INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

N.I.F. imprescindible para mayores de 14	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	Percibe ingresos SI / NO
				CÓNYUGE ⁽¹⁾		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

(1) INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS: SÍ NO**TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA (marcar con una X)** **OTROS ESTUDIOS REGLADOS****DOCUMENTACIÓN:**

- 1.- Certificado/informe acreditativo de la matriculación.
- 2.- Vida laboral de los hijos mayores de 18 años.
- 3.- Documento que justifique la tutela, acogimiento o adopción, en su caso.
- 4.- Certificado de la empresa del cónyuge sobre concesión o no de ayudas por el mismo concepto. En caso de que el cónyuge no trabaje deberá justificarse documentalmente.
- 5.- En caso de haberla solicitado, copia del resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación de la entidad correspondiente.

Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad, comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo a la Administración Pública Regional en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada.

Murcia, a de de
(firma)

Los datos de carácter personal de esta solicitud y de sus documentos anexos se incorporan a un fichero público de titularidad de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, con la finalidad de gestionar este procedimiento y podrán ser cedidos con esta finalidad a otros Órganos de las Administraciones Públicas. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por el solicitante mediante escrito dirigido al responsable del Fichero, a la dirección postal, Avda. Infante Juan Manuel, nº 14 de Murcia de acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal.

 EXCMO. SR. CONSEJERO DE PRESIDENCIA Y HACIENDA. **EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN Y CULTURA** **ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.**