

**ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL OTROS ESTUDIOS****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		

**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 <sup>(1)</sup>		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

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

- 1.-Recibos o facturas mensuales del establecimiento autorizado, donde deberá constar el nombre de la empresa, CIF/NIF, número de factura o recibo, la fecha, la persona afectada, los estudios que realiza o resguardos de ingreso bancario acreditativos de los pagos efectuados, no se admitirán certificados globales por el importe de las mensualidades ni copias o duplicados de las facturas.
- 2.- Documento de la entidad autorizada haciendo constar la inscripción o matriculación, estudios que realiza e importe de la mensualidad.

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 HACIENDA.  
 EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTES  
 ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.