



SOLICITUD DE ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO

Registro de entrada

DATOS SOLICITANTE (obligatorio cumplimentar todos sus apartados)

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DOMICILIO (Calle y número)	C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO TRABAJO TELÉFONO PARTICULAR
Nº DE REGISTRO DE PERSONAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	CONSEJERIA U ORGANISMO	

MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

Debe cumplimentar los datos de todos los miembros de la unidad familiar indicando si perciben ingresos

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

INDICAR SI EL CÓNYUGE ES TAMBIÉN EMPLEADO PÚBLICO DE LA CARM:

SÍ NO

ANTICIPO QUE SOLICITA

Importe Plazo (meses)

<p>Justificación de la necesidad</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>Importe máximo: doble de las retribuciones ordinarias mensuales</p> <p>Plazo máximo: 36 meses</p> <p>Documentación a adjuntar con la solicitud: Copia nómina del mes anterior a la petición Documentación acreditativa de las circunstancias que justifiquen la situación de necesidad</p>
--

Declaro que son ciertos 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 Dirección General de Planificación Educativa y Recursos Humanos en el plazo máximo de diez días desde su concesión. Asimismo autorizo a la Dirección General de Planificación Educativa y Recursos Humanos 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 a la Dirección General de Planificación Educativa y Recursos Humanos. 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)

El Director General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, en aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal de 14 de diciembre de 1999, y como responsable del fichero de datos de carácter personal "PASO. Plan de Acción Social" le informa que los datos que recoge este formulario forman parte del fichero "PASO. Plan de Acción Social" siendo recabados con la finalidad de realizar el tratamiento asociado a la gestión de Ayudas de Acción Social.