

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

D./Dña. _____ Padre/ Madre/ Tutor del menor, con D.N.I /N.I.E. _____, declara responsablemente la certeza de los datos aportados en este documento para proceder a la solicitud de Beca del Ayuntamiento de la Orotava por asistencia a Escuela Infantil Municipal

- **DATOS DE CENTRO:** Escuela Infantil Elisa González de Chaves
- **FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL CENTRO:** _____
- **DATOS DEL SOLICITANTE:**
 - Dirección: _____
 - CP: _____ Provincia: _____
 - Teléfonos/s: _____
 - Correo electrónico: _____
 - Acredita reconocimiento de discapacidad: _____ Porcentaje: _____%
 - Acredita condición de víctima de violencia de género: _____
- **DATOS DEL HIJO/A PARA QUIEN SE SOLICITA LA BECA:**
 - Nombre y apellidos: _____
 - Fecha de nacimiento: _____
 - NIF/ NIE /Pasaporte: _____
 - Nacionalidad: _____
 - Sexo: _____
 - Acredita reconocimiento de discapacidad: _____ Porcentaje: _____%
 - Acredita necesidades educativas especiales: SI ____ NO ____
- **DATOS DEL OTRO PROGENITOR:**
 - Nombre y apellidos: _____
 - NIF/NIE/Pasaporte: _____
 - Dirección: _____
 - CP: _____ Provincia: _____
 - Teléfonos/s: _____
 - Correo electrónico: _____
 - Acredita reconocimiento de discapacidad: _____ Porcentaje: _____%
 - Acredita condición de víctima de violencia de género: _____
- **SI TIENE HERMANOS EN EL CENTRO:**
 - Nombre y apellidos: _____
 - Fecha de nacimiento: _____
- **SI ES FAMILIA NUMEROSA O MONOPARENTAL:**
 - Familia Monoparental: _____
 - Título de familia numerosa: _____
 - Nº Título: _____ Comunidad Autónoma Exp.: _____
 - Categoría: _____
- **SI HAY EN LA FAMILIA OTRAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:**
 - Hermanos menores no beneficiarios/as de la solicitud de subvención con discapacidad reconocida: SI ____ NO ____
 - Nombre y apellidos: _____
 - NIF/NIE: _____
 - Fecha de Nacimiento: _____
 - Porcentaje de discapacidad Reconocida: _____%

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente, en La Villa de La Orotava, a de de 202 .

Firma

D.N.I. _____