

| 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (COMPLETAR TODAS LAS CASILLAS) | | | | |
|---|--|--|---|---|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE |
| DNI/NIF/NIE | | SEXO HOMBRE MUJER | | FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) |
| DOMICILIO (CALLE Y NUMERO) | | | MUNICIPIO /PROVINCIA BOLLULLOS DE LA MITACIÓN (SEVILLA) | |
| TELÉFONOS DE CONTACTO | | | CORREO ELECTRÓNICO | |
| DEMANDANTE EMPLEO SI NO | DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO | ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO | VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO | TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO |

| 2. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR: (COMPLETAR TODAS LAS CASILLAS) | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|------|--|
| OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR | CONYUGE, PAREJA DE LA PERSONA SOLICITANTE | DNI/NIF/NIE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | EDAD | |
| | DEMAN. EMPLEO SI NO | DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO | ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO | VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO | TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO | | |
| | PARENTESCO: | DNI/NIF/NIE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | EDAD | |
| | DEMAN. EMPLEO SI NO | DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO | ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO | VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO | TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO | | |
| | PARENTESCO: | DNI/NIF/NIE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | EDAD | |
| | DEMAN. EMPLEO SI NO | DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO | ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO | VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO | TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO | | |
| | PARENTESCO: | DNI/NIF/NIE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | EDAD | |
| | DEMAN. EMPLEO SI NO | DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO | ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO | VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO | TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO | | |
| | PARENTESCO: | DNI/NIF/NIE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | EDAD | |
| | DEMAN. EMPLEO SI NO | DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO | ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO | VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO | TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO | | |

| 3. CONSENTIMIENTO: (Las personas mayores de 16 años, incluida la persona solicitante abajo firmantes, prestan su consentimiento para que sus datos sean comprobados por el Ayto de Bollullos de la Mitación, a través del Sistema de Verificación de Datos) | | | |
|---|-----------|-------------|-------|
| ESTE APARTADO DEBE FIRMARLO TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYORES DE 16 AÑOS, INCLUIDA LA PERSONA SOLICITANTE | | | |
| NOMBRE | APELLIDOS | DNI/NIF/NIE | FIRMA |
| NOMBRE | APELLIDOS | DNI/NIF/NIE | FIRMA |
| NOMBRE | APELLIDOS | DNI/NIF/NIE | FIRMA |
| NOMBRE | APELLIDOS | DNI/NIF/NIE | FIRMA |
| NOMBRE | APELLIDOS | DNI/NIF/NIE | FIRMA |

| | |
|--------------------------|--|
| 4. | DOCUMENTACIÓN: Marcar con una X lo que proceda |
| <input type="checkbox"/> | Solicitud rellena y firmada conforme el modelo facilitado por el Ayuntamiento. Solo será atendida una solicitud por unidad familiar, y siguiendo el estricto orden de presentación de la solicitud. |
| <input type="checkbox"/> | DNI de la persona solicitante. |
| <input type="checkbox"/> | Libro de familia. |
| <input type="checkbox"/> | Acreditación de los ingresos percibidos por todos los miembros que formen la unidad familiar (solicitante, cónyuge, pareja e hijos con edades comprendidas entre los 16 y 25 años), durante los últimos 6 meses anteriores a la fecha de finalización del plazo de presentación de la solicitud (Desde noviembre de 2020 a abril de 2021, ambos incluidos) |
| <input type="checkbox"/> | En caso que existan menores a cargo de la persona solicitante se deberá presentar los ingresos de ambos progenitores, independientemente si existe o no convivencia entre los mismos, a no ser que se tenga firmado Convenio Regulador, Medidas Paterno Filiales y/o denuncia por impago de pensión alimentaria de los/as menores, en cuyo caso se presentará los ingresos del progenitor que custodia, junto con la documentación que acredite dicha situación. |
| <input type="checkbox"/> | Otras circunstancias: Documentación acreditativa de la condición de Víctima de Violencia de Género Documentación acreditativa de Discapacidad Matrícula acreditativa de Estudios Universitarios o Ciclos Formativos de Grado Medio o Superior, en el caso de que algún miembro de la unidad familiar esté cursando dichos estudios. |
| <input type="checkbox"/> | Otro documento que estime oportuno: Especificar: |

| | |
|---|--|
| 5. | DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
| <p>La persona abajo firmante, solicitante del Programa Para la Prevención de la Exclusión Social (PPES 2022), declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que figuran en la presente solicitud, así como la documentación que se acompaña.</p> <p style="text-align: center;">En Bollullos de la Mitación, a de de 2022</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE</p> <p style="text-align: center;">FDO:</p> | |

DIRIGIDO A : DEPARTAMENTO DE POLITICAS SOCIALES,IGUALDAD CIUDADANÍA del Ayuntamiento de Bollullos de la Mitación

| |
|--|
| <p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Ayuntamiento de le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero parcialmente automatizado. Asimismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad el trámite para la contratación laboral al amparo de lo dispuesto en este Decreto-Ley.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Ayuntamiento ante el que se presentó la solicitud.</p> |
|--|