|  |  |
| --- | --- |
| **CAMPAMENTOS DE VERÁN ESPECÍFICOS PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE** | **SOLICITUDE** |

|  |
| --- |
| **DATOS DA PERSOA CON DISCAPACIDADE**  |
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO |
|  |  |  |
| DNI | DATA NACEMENTO | Nº DE TARXETA SANITARIA |
|  |  |  |
| DOMICILIO HABITUAL:  | CÓDIGO POSTAL | CONCELLO | PROVINCIA |
|  |  |  |  |
| TELÉFONO/S  | CORREO ELECTRÓNICO |
|  |  |

|  |
| --- |
| **E, NA SÚA REPRESENTACIÓN: O PAI / A NAI ☐**, **O/A TITOR/A ☐**, **O/A RESPONSABLE DO CENTRO ☐.**  |
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | DNI |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** |
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | DNI |
|  |  |  |  |
| DOMICILIO:  | CÓDIGO POSTAL | CONCELLO |
|  |  |  |
| TELÉFONO/S | CORREO/S ELECTRÓNICO/S |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DESTINOS E DATAS SOLICITADAS**  |
| 1º DESTINO: DATA:  |
| 2º DESTINO: DATA:  |

|  |
| --- |
| **DATOS ESPECÍFICOS DA PERSOA CON DISCAPACIDADE** |
| * Sinalar:

 - A porcentaxe de discapacidade que ten recoñecida: .  - Se ten recoñecida axuda de terceira persoa: Non ☐ Si ☐; e/ou para mobilidade?: Non ☐ Si ☐. - En que ano e localidade se lle efectuaron estes recoñecementos: . .* Indicar:

- A que tipo de centro asiste habitualmente: escolar ☐, ocupacional ☐, residencial ☐.Denominación, localidade e teléfono: - Se está interno no centro: Non ☐ Si ☐. En caso afirmativo, con que periodicidade vai ao seu domicilio: os fins de semana ☐, cada 15 días ☐, nas vacacións escolares ☐, nunca ☐. - Se ten título de familia numerosa: Non ☐ Si ☐, e/ou carné xove: Non ☐ Si ☐. - Se participou outros anos en campamentos deste tipo organizados pola Xunta de Galicia: Non ☐ Si ☐. En que destinos e anos . |
| **DATOS DE AUTONOMÍA PERSOAL** |
| * Indicar se precisa axuda para:

|  |  |
| --- | --- |
| Erguerse e/ou deitarse: | Non ☐ Si ☐ |
| Comer  | Non ☐ Si ☐ |
| Asearse  | Non ☐ Si ☐ |
| Vestirse  | Non ☐ Si ☐ |
| Control de esfínteres  | Non ☐ Si ☐ |
| Moverse  | Non ☐ Si ☐ |

* Indicar se é usuario/a de:

|  |  |
| --- | --- |
| Cueiros | Non ☐ Si ☐: sempre ☐, solo pola noite ☐. |
| Cadeira de rodas  | Non ☐ Si ☐ |
| Andador  | Non ☐ Si ☐ |

* Describir cales son as súas características específicas
* Indicar cales son as súas necesidades especiais
* Indicar cales son as atencións e apoios que precisa
 |

|  |
| --- |
| **A PERSOA SOLICITANTE OU QUEN EXERCE A SÚA REPRESENTACIÓN** |
| DECLARA que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos e que a documentación que se acompaña está vixente ☐. |
| É COÑECEDORA dos requisitos para participar no programa e das condicións nas que se desenvolve, así como de que se terá que facer cargo da persoa con discapacidade se esta non se adaptase ao funcionamento das actividades do destino adxudicado ☐. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU SE DECLARA ESTAR EN PODER DA ADMINISTRACIÓN**  |
| ☐ Copia do documento acreditativo da representación legal da persoa solicitante, se é o caso. |
| ☐ Informe médico no modelo establecido ao efecto. |
| ☐ Copia do título de familia numerosa e/ou do carné xove, se é o caso.  |
| ☐ Certificado do grao de discapacidade do solicitante se non fose expedido pola Xunta de Galicia. |
| ☐ Outra que considere relevante. |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPROBACIÓN DE DATOS** **Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administraciones públicas. En caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e presentar unha copia dos documentos.** | **OPÓÑOME Á CONSULTA**  |
| ☐ DNI/NIE da persoa solicitante | o |
| ☐ Certificado de empadroamento da persoa solicitante. | o |
| ☐ Certificado de grao de discapacidade expedido pola Xunta de Galicia | o |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Responsable do tratamento | Xunta de Galicia. Consellería ou entidade a que se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación |
| Finalidades do tratamento | A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta cidadá. |
| Lexitimación para o tratamento | O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes segundo a normativa recollida no formulario, na páxina https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion -datos e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimentos das persoas interesadas, cando corresponda. |
| Persoas destinatarias dos datos | As administracións públicas, no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia. |
| Exercicio de dereitos | As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común. |
| Contacto delegado de protección de datos e máis información | https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais |

***Actualización normativa***: no caso de existiren diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento Xeral de protección de datos. |

|  |
| --- |
| **SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU DE QUEN EXERCE A SÚA REPRESENTACIÓN** |
|  |
| Lugar e data |
|  , de de 2020 |

Consellería de Política Social

Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade

Subdirección de Promoción de Autonomia Persoal e Prevención da Dependencia

Edificio Administrativo de San Caetano, s/n.

15781 Santiago de Compostela. A Coruña.