

A **DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

DADES DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL / DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIÓ / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA
	TELÈFON / TELÉFONO

DADES DE L'ALUMNE/A / DATOS DEL ALUMNO/A

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CURS / CURSO
COL·LEGI PÚBLIC, CENTRE EDUCATIU, INSTITUT O SECCIÓ COLEGIO PÚBLICO, CENTRO EDUCATIVO, INSTITUTO O SECCIÓN	CURS ACADÈMIC CURSO ACADÉMICO	LOCALITAT / LOCALIDAD
		PROVINCIA / PROVINCIA

B **DOCUMENTACIÓ / DOCUMENTACIÓN**

- Certificat mèdic en què s'especifica el temps que l'alumne o alumna estarà en situació de convalsència domiciliària i en què es fa constar la impossibilitat d'assistència al centre educatiu.
Certificado médico en el que se especifica el tiempo que el alumno o alumna va a estar en situación de convalecencia domiciliaria y en el que se hace constar la imposibilidad de asistencia al centro educativo.
- Altres certificats: _____
Otros certificados: _____

C **SOL·LICITUD / SOLICITUD**

Que li siga concedida atenció domiciliària.

Que le sea concedida atención domiciliaria.

Així mateix es compromet a acordar i respectar l'horari d'assistència domiciliària que s'establisca, la presència durant el temps de permanència en el domicili de l'alumne/a durant el dit horari, del pare, mare o tutor, o adult designat o autoritzat per ells, i l'habilitació d'un lloc adequat en el domicili per a poder dur a terme el corresponent aprenentatge.

Asimismo se compromete a acordar y respetar el horario de asistencia domiciliaria que se establezca, la presencia durante el tiempo de permanencia en el domicilio del alumno/a durante dicho horario, del padre, madre o tutor, o adulto designado o autorizado por ellos, y la habilitación de un lugar adecuado en el domicilio para poder llevar a cabo el correspondiente aprendizaje.

_____ , _____ d _____ de _____

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades personals que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al tractament per la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes en l'àmbit de les seues competències, i es podrà dirigir a qualsevol òrgan seu per a exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, segons disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14 de desembre de 1999).

Los datos personales contenidos en este impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas en el ámbito de sus competencias, pudiendo dirigirse a cualquier órgano de la misma para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).

A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN
DADES DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL / DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIÓ / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

DADES DE L'ALUMNE/A / DATOS DEL ALUMNO/A

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CURS / CURSO	
COL·LEGI PÚBLIC, CENTRE EDUCATIU, INSTITUT O SECCIÓ COLEGIO PÚBLICO, CENTRO EDUCATIVO, INSTITUTO O SECCIÓN	CURS ACADÈMIC CURSO ACADÉMICO	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA

B DOCUMENTACIÓ / DOCUMENTACIÓN

- Certificat mèdic en què s'especifica el temps que l'alumne o alumna estarà en situació de convalescència domiciliària i en què es fa constar la impossibilitat d'assistència al centre educatiu.
Certificado médico en el que se especifica el tiempo que el alumno o alumna va a estar en situación de convalecencia domiciliaria y en el que se hace constar la imposibilidad de asistencia al centro educativo.
- Altres certificats: _____
Otros certificados: _____

C SOL·LICITUD / SOLICITUD

Que li siga concedida atenció domiciliària.

Que le sea concedida atención domiciliaria.

Així mateix es compromet a acordar i respectar l'horari d'assistència domiciliària que s'establisca, la presència durant el temps de permanència en el domicili de l'alumne/a durant el dit horari, del pare, mare o tutor, o adult designat o autoritzat per ells, i l'habilitació d'un lloc adequat en el domicili per a poder dur a terme el corresponent aprenentatge.

Asimismo se compromete a acordar y respetar el horario de asistencia domiciliaria que se establezca, la presencia durante el tiempo de permanencia en el domicilio del alumno/a durante dicho horario, del padre, madre o tutor, o adulto designado o autorizado por ellos, y la habilitación de un lugar adecuado en el domicilio para poder llevar a cabo el correspondiente aprendizaje.

_____ , _____ d _____ de _____

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE