

INSCRIPCIÓN ESPACIO SEMANA SANTA INCLUSIVO 2024

El **Ayuntamiento de Mazarrón**, a través de la **concejalía de Igualdad** del mismo, implanta un Espacio de Semana Santa Inclusivo en el municipio de Mazarrón. En este caso, las sedes donde se llevará a cabo su desarrollo serán CEIP Francisco Caparrós (Mazarrón) y el CEIP Miguel Delibes (Puerto de Mazarrón), cuyos centros educativos se encuentran acondicionados para este servicio con sus respectivas Aulas Abiertas. El horario se encuentra comprendido entre las 9.00h (inicio actividad) y las 14:00h (finalización actividad). Esta iniciativa se encuentra dirigida a personas con diversidad funcional con al menos un 33%, desde los 0 hasta los 12 años y aquellas personas con diversidad funcional mayores de 13 años empadronados en Mazarrón, o usuarios/as de Centros ubicados en el Municipio de Mazarrón, a cargo de familias que necesiten conciliar la vida laboral y privada. La duración de la actividad comprende los días 25-26-27-28 de marzo y 1 de abril de 2024. La recogida de inscripciones se efectuará a través de Registro de entrada del Ayuntamiento de Mazarrón y Registro de entrada de Plaza de Abastos de Puerto de Mazarrón.

Indique el Centro (X) en el que quiere solicitar plaza para el Espacio Inclusivo Semana Santa 2024:

CEIP FRANCISCO CAPARRÓS (MAZARRÓN)	
CEIP MIGUEL DELIBES (PUERTO DE MAZARRÓN)	

DATOS NIÑO/A PARTICIPANTE

Nombre			Apellidos			
Fecha de nacimiento			DNI/Pasaporte/NIE			
Lugar de Nacimiento:			Provincia			País
Dirección					C.P.	
Municipio			Provincia			

PADRE/MADRE/TUTOR/A 1

Nombre			Apellidos			
Fecha de nacimiento			DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:			Provincia			País
Teléfonos:						

PADRE/MADRE/TUTOR/A 2

Nombre			Apellidos			
Fecha de nacimiento			DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:			Provincia:			País
Teléfonos:						

AUTORIZACIÓN RECOGIDA DE NIÑOS/AS:

Autorizo a las siguientes personas para que recojan al/la niño/a al finalizar la actividad:

FAMILIAR/PARENTESCO	NOMBRE	TELÉFONO

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA, TRATAMIENTO Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE LOS PROGENITORES

ENTIDAD	AYUNTAMIENTO DE MAZARRÓN		
PROGRAMA	ESPACIO INCLUSIVO SEMANA SANTA 2024 FONDO SOCIAL EUROPEO		
AÑO	2024		
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
APELLIDOS:			NOMBRE:
DNI:	TELÉFONO:		
DOMICILIO:			
MUNICIPIO:	CP:		

Por favor, antes de firmar lea detenidamente la información de este documento.

- Mediante la cumplimentación y firma de este documento, el interesado acepta y autoriza expresamente que sus datos personales, sean tratados en la forma Y CON LAS LIMITACIONES Y DERECHOS QUE RECOGE LA Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
Asimismo, se le informa de lo siguiente:
 - Sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es Ayuntamiento de Mazarrón con domicilio C. San Antonio, 2 con CIF P30026001. Además, sus datos podrán ser comunicados a cualquiera de las entidades públicas que integran la Administración Estatal, Local y Autonómica.
 - Con la firma de este documento el interesado autoriza a la entidad citada y a la Administración Regional y Local para que realicen consultas en ficheros públicos para acreditar la concurrencia de requisitos para poder participar en los programas subvencionados a través de la convocatoria de subvenciones
 - De acuerdo con la legislación vigente, el interesado tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la forma prevista en la citada Ley Orgánica y en su reglamento de desarrollo.
 - El programa en el que participa está financiado por el Fondo Social Europeo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Indique si se encuentra en alguna de estas situaciones:
(Marcar con una X una o varias de las opciones.)
 - Familias de mujeres víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia contra la mujer.
 - Familias monoparentales.
 - Familias de mujeres en situación de desempleo de larga duración que deseen formarse o buscar un empleo.
 - Mujeres mayores de 45 años.
 - Familias con otras responsabilidades a cargo.
 - Familias que tengan un nivel de renta que no supere el IPREM.
(Indicador Público de Renta de Efectos Múltiple. IPREM Anual 2022 14 pagas: 8.106,28 €).
 - Familias numerosas.
 - Familias que viven en zonas en despoblamiento
 - Familias migrantes.
- En caso de que el número de inscripciones supere el número de plazas, se considerará como criterios de valoración, el nivel de renta y las cargas familiares de las personas que presentan la ficha de inscripción.

DECLARO, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que figuran en este formulario, y me comprometo a facilitar los datos que me sean requeridos en un futuro inmediato.

En Mazarrón, a de 2024

Firma: _____

FICHA MÉDICA DEL SOLICITANTE

Complete todas las casillas, aunque la respuesta sea negativa. Marque con una "X".

DATOS SOCIO SANITARIOS	SÍ	NO	ESPECIFIQUE TIPO
¿TIENE LAS VACUNAS PERTINENTES?			
Alérgico/a a MEDICAMENTOS			
ALERGIAS ambientales			
AFECCIONES frecuentes			
Sigue TRATAMIENTO durante el servicio ESPACIO INCLUSIVO SEMANA SANTA			
DATOS NUTRICIONALES	SÍ	NO	ESPECIFIQUE los alimentos que NO PUEDE TOMAR
CELIACO			
DIABÉTICO			
ALERGIAS ALIMENTARIAS			
OTRAS DIETAS ESPECÍFICAS			
DATOS FÍSICOS	SÍ	NO	En caso de existir alguna limitación, ESPECIFIQUE cuál y su causa
Puede realizar cualquier actividad física con normalidad			
DATOS del DESARROLLO	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL
Sufre algún tipo de TRASTORNO DEL DESARROLLO (TEA, TDAH, ETC)			
PATRÓN DE CONDUCTA DESTACABLE (Muestra alteraciones del comportamiento como agresividad, ira o ansiedad)	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL
ADAPTACIONES AMBIENTALES NECESARIAS (Necesita realizar adaptaciones sensoriales del entorno, luz o sonido)	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL

OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEE CONTAR:

Declaro bajo mi responsabilidad la veracidad de estos datos

FIRMA padre/madre y/o tutor/a:

Fecha: de 2024

Manifiesto que dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; por parte del Ayuntamiento de Mazarrón se solicita la autorización para que, de forma voluntaria y carácter gratuito, las fotografías o vídeos que se realicen del/de la participante durante el ejercicio de la actividad, puedan ser utilizadas por estas entidades sin límite temporal ni geográfico alguno, en cuantas acciones y actividades realice para el cumplimiento de sus fines y objetivos institucionales. En consecuencia, el Ayuntamiento de Mazarrón queda autorizado a utilizar las imágenes del/la participante, captadas en el ejercicio de la actividad descrita, para su impresión, reproducción, difusión, distribución, exposición, publicación, etc. en cualquier medio o soporte (carteles, web, folletos etc), en el marco del desarrollo y para la difusión de las actividades de la entidad, comprometiéndose, asimismo, a no hacer uso de la imagen del/la participante para otros fines distintos.

Marca con una X a la conformidad de la cesión de imágenes:

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

Nota: La inscripción deberá estar totalmente cumplimentada y firmada por ambos progenitores/tutores o bien el/la firmante se compromete a informar al otro progenitor.

Política de plazas: Tendrán prioridad las familias de mujeres víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia hacia la mujer, familias monoparentales, familias de mujeres en situación de desempleo de larga duración, mujeres mayores de 45 años o familias con otras responsabilidades a cargo, familias que tengan un nivel de renta que no supere el IPREM, familias numerosas, familias que viven en zonas en desdoblamiento o familias migrantes

Documentación adjunta: DNI padre, madre y/o tutor/a, DNI del/la participante, libro de familia y documento acreditativo de la situación que le permita tener prioridad (título de familia numerosa, tarjeta desempleo, sentencia de mujer víctima de violencia, etc).

La inscripción en el proyecto conlleva la aceptación de las normas de funcionamiento del proyecto.

Tutor 1

Lugar y fecha:

Firma:

Tutor 2

Lugar y fecha:

Firma:

LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Autorizamos al M.I. Ayuntamiento de Mazarrón para recabar datos a los organismos públicos que sean necesarios con el fin de acreditar su situación económica y social y la de los miembros de la unidad familiar. (Declaración jurada de ingresos económicos, declaración jurada de bienes muebles e inmuebles, autorización para recabar información sobre si ha sido víctima de violencia de género, información de asistencia de menores a centros educativos y comportamiento de los mismos, y autorización para acceder a datos del Padrón, Hacienda, Seguridad Social, Sanidad, Recaudación y Catastro). Todos los mayores de 16 años que convivan en la unidad familiar deberán firmar esta solicitud en el apartado especificado para ello.

En cumplimiento de la normativa vigente de Protección de Datos Personales y con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679, se le informa de la incorporación de sus datos personales a un fichero cuyo responsable es el Ayuntamiento de Mazarrón. El titular podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación sobre los mismos mediante escrito dirigido al domicilio responsable, en plaza del Ayuntamiento núm. 1. En el domicilio del responsable se hallan a su disposición modelos de escrito para el ejercicio de tales derechos.

Mazarrón a ____ de _____ de 2024

Fdo.:

DATOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD:

- Fotocopia del D.N.I./N.I. E en vigor de todos los miembros de la unidad familiar.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del/a solicitante.
- Informe Clínico actualizado emitido por el Sistema Público de Salud, que acredite la situación de enfermedad o incapacidad del/a solicitante.
- En el caso de existir en la unidad familiar otros miembros con enfermedad o incapacidad, informe Clínico actualizado emitido por el Sistema Público de Salud o certificado de condición legal de minusvalía.
- Libro de familia completo.
- Vive Solo Vive con Familiares

Si convive con: cónyuge, hijos, nietos, padres, hermanos y cónyuges de estos:							
CONVIVIENTES							
	NOMBRE	APELLIDOS	D.N.I./N.I. E	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DE PARENTESCO	INGRESOS ANUALES	FIRMA
1		1º					
		2º					
2		1º					
		2º					
3		1º					
		2º					
4		1º					
		2º					
5		1º					
		2º					
6		1º					
		2º					
7		1º					
		2º					
8		1º					
		2º					
9		1º					
		2º					
10		1º					
		2º					