



CONCELLO DE ARBO
CIF: P3600100F

Praza Consistorio, 1
36430 ARBO – PONTEVEDRA
Telf.:986 665 000 - Fax: 986 665 011
E-mail: concellodearbo@concellodearbo.es

INSTANCIA

Emitido por:

DNI

Enderezo:

Teléfono:

SOLICITA:

Rexistro de entrada para o programa Arbo Concilia 2019 do seguinte/s nenos/as

-
-
-
-

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA:

- Xustificante bancario do pagamento da taxa xunto co formulario da/s taxa/s cuberto
- Cuestionario médico-sanitario

Arbo, de de 2019

Sr Alcalde – Presidente do Concello de Arbo

De conformidade co disposto na Lei Orgánica 157/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, así como o Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello de 27 de abril de 2016, se lle informa que os datos persoais que por vostede sexan subministrados pasarán a formar parte dun ficheiro de titularidade do CONCELLO DE ARBO. Ditos datos serán empregados para o mantemento da relación contractual e precontractual e comercial relacionada coas competencias propias desta Entidade. Si o desexa, poderá vostede exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dos seus datos enviando unha mensaxe ao seguinte enderezo de correo electrónico: concellodearbo@concellodearbo.es indicando na liña do "Asunto" o dereito que desexa exercer.



XUNTA DE GALICIA

VICEPRESIDENCIA E CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA,
ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS E XUSTIZA
Secretaría Xeral da Igualdade



Concello de Arbo
CIF: P3600100F

**PREZO PÚBLICO DO PROGRAMA “ARBO CONCILIA “ 2019:
Espazo de Conciliación e Lecer e Semana Santa**

NOME DO/A MENOR:

Data Nacemento:

NOME DO/A SOLICITANTE:

ENDEREZO:

PERIODO A LIQUIDAR:

SINALAR O IMPORTE QUE PROCEDA:

IMPORTE TAXA: 20 €

IMPORTE TAXA (Bonificación por segundo irmán ou irmá): **10 €**

IMPORTE TAXA (Exención a partir do 3º irmán ou irmá): **0 €**

IMPORTE TAXA (Exención por situación de desemprego): **0 €**

INGRESO EN ABANCA IBAN: ES44 2080 5011 8530 4000 5379

Arbo, ____ de _____ de 2019

O alcalde

Horacio Gil Expósito



VICEPR | EN | E CON | ERI DE PRE IDENCIA,
ADM | RAC Ó | UBLI | XUST
Secretar | eral | lidade



CONCELLO DE ARBO
CIF: P3600100F

CUESTIONARIO MÉDICO – SANITARIO

Eu, como nai/pai ou titor/a legal, _____

con D.N.I _____

informo sobre os datos médicos – sanitarios do/a meu/miña fillo/a _____

Sofre algún proceso alérxico? Alimentos, plantas, insectos, etc. Especificar	
Padece algunha enfermidade que precise un coidado especial?	
Presenta algún tipo de limitación?	
Física ☐	Psíquica ☐
Sensorial ☐	Outras ☐
Medidas, apoios ou axudas técnicas que precisa para o seu desenvolvemento diario:	
Require tratamento farmacolóxico? (de ser a resposta afirmativa acompañar de receita médica ☐ onde apareza o medicamento e dose indicada) ☐	
Si ☐	Non ☐
Observacións que se consideren oportunas dicir:	



CONCELLO DE ARBO
CIF: P3600100F

No caso de urxencia, avisar a

1. Nome e apelidos: _____ Nº tfn: _____

2. Nome e apelidos: _____ Nº tfn: _____

t f . rt .
t r

Arbo, _____ de _____ de 201_

Asdo: _____



XUNTA DE GALICIA

V. C.E.P.P.E.S. D.E.N.C. A. E. C.O.N.S.E.L.L.E.R.Í.A. D.E. P.R.E.S.I.D.E.N.C.I.A.
A.D.M.I.N. S.T.R.A.C.I.O.N.S. P.Ú.B.L.I.C.A.S. E. X.U.S.T.I.Z.A
Secretaría Xeral da Igualdade