

**INSCRIPCIÓN NATACIÓN TERAPÉUTICA 2020 – 2021**

|                 |  |                |  |
|-----------------|--|----------------|--|
| SOLICITUD NUEVA |  | RENOVACION(**) |  |
|-----------------|--|----------------|--|

**1. DATOS DE EL/LA SOLICITANTE**

|                    |  |                     |       |
|--------------------|--|---------------------|-------|
| D.N.I. N.I.E       |  | NOMBRE Y APELLIDOS  |       |
| EDAD               |  | FECHA DE NACIMIENTO |       |
| DOMICILIO          |  | Nº                  | PISO  |
|                    |  |                     | LETRA |
| TELÉFONO MOVIL     |  | TELÉFONO FIJO       |       |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |                     |       |

|                       |   |        |                          |          |                          |           |                          |
|-----------------------|---|--------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| GRADO DE DISCAPACIDAD | % | FÍSICA | <input type="checkbox"/> | PSÍQUICA | <input type="checkbox"/> | SENSORIAL | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DE DEPENDENCIA  |   |        |                          |          |                          |           |                          |

**2. DATOS DE TUTOR/A (en caso de menores de edad)**

|              |  |                    |  |
|--------------|--|--------------------|--|
| D.N.I. N.I.E |  | NOMBRE Y APELLIDOS |  |
|--------------|--|--------------------|--|

**3. DATOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:**

| NOMBRE | APELLIDOS | DNI/NIE | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN | INGRESOS MENSUALES* |
|--------|-----------|---------|---------------------|----------|---------------------|
|        |           |         |                     |          |                     |
|        |           |         |                     |          |                     |
|        |           |         |                     |          |                     |
|        |           |         |                     |          |                     |

(\* En este apartado se especificarán los ingresos percibidos por todos los conceptos (pensiones, rentas, prestaciones, rendimientos de trabajo, capital mobiliario, etc)

**4. INFORMACIÓN HORARIOS**

| SESIONES INDIVIDUALES DE 45 MINUTOS |       |
|-------------------------------------|-------|
| L, M, X, J o V                      | 10:00 |
| L, M, X, J o V                      | 10.45 |
| L, M, X, J o V                      | 15.45 |
| L, M, X, J o V                      | 16.30 |
| L, M, X, J o V                      | 17.15 |
| L, M, X, J o V                      | 18.00 |
| L, M, X, J o V                      | 18.45 |
| L, M, X, J o V                      | 19.30 |

| SESIONES GRUPALES DE 1 HORA |       |
|-----------------------------|-------|
| MENORES DE 18 AÑOS          |       |
| SABADOS                     | 12:00 |
| MAYORES DE 18 AÑOS          |       |
| SABADOS                     | 13.00 |

**5. PREFERENCIA HORARIA (Marcar una)**

|         |  |
|---------|--|
| MAÑANA  |  |
| TARDES  |  |
| SÁBADOS |  |

El horario solicitado es orientativo, realizándose la adjudicación según necesidades del servicio. Se intentará asignar al menos 1 día a la semana a cada solicitante. En caso de quedar plazas vacantes se adjudicarán hasta un máximo de 2 días a la semana.

## 6. PATOLOGÍA

Indique a continuación la patología que justifica la necesidad de tratamiento de natación terapéutica:

\_\_\_\_\_

## 7. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTAR A LA SOLICITUD :

(\*\*) En el caso de **RENOVACIÓN** de la solicitud, de los/as solicitantes que hayan participado en el curso 2019/2020 sólo acreditarán la situación económica de la unidad familiar.

| TIPO DE DOCUMENTO  | Se aporta             | Autoriza Consulta(*)  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Fotocopia del DNI/NIE de el/la solicitante en vigor  | <input type="radio"/> |                       |
| Fotocopia del DNI/NIE de el/la representante en vigor, en su caso  | <input type="radio"/> |                       |
| Volante de empadronamiento familiar  |                       | <input type="radio"/> |
| Certificado grado de Discapacidad: Documento emitido por el órgano competente.   | <input type="radio"/> |                       |
| Certificado del Reconocimiento de la situación de Dependencia.   |                       | <input type="radio"/> |
| Informe del médico que recomiende el uso de natación terapéutica.<br>Informe CRECOVI   | <input type="radio"/> |                       |
| Fotocopia de la última letra de hipoteca o recibo de alquiler.   | <input type="radio"/> |                       |
| Acreditación de los ingresos mensuales de todos los miembros de la unidad familiar, según la situación en la que se encuentre cada miembro:  |                       |                       |
| Certificado de pensión y/o prestaciones del ejercicio 2020 emitida por el INSS. (Avda. de los Ángeles nº 57, Getafe)<br>En caso de no percibirla, Certificado negativo emitido por la misma entidad. | <input type="radio"/> |                       |
| Dos últimas nóminas.   | <input type="radio"/> |                       |
| Certificado de prestaciones emitido por el SEPE.   | <input type="radio"/> |                       |
| Declaración de la Renta del último ejercicio fiscal o certificado negativo de imputaciones de Hacienda (Calle Joan Font nº 4 – LAS MARGARITAS – Getafe).   | <input type="radio"/> |                       |
| Cualquier otro documento que acredite los ingresos de la unidad familiar.  | <input type="radio"/> |                       |

(\*) Autorizo al Ayuntamiento de Pinto a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Pinto, a ..... de ..... de 2020

Fdo.: \_\_\_\_\_

### PROTECCIÓN DE DATOS

El responsable del tratamiento es el Ayuntamiento de Pinto. La finalidad con la que tratamos sus datos personales es la de gestionar el procedimiento derivado de la presente solicitud/procedimiento. La legitimación para tratar sus datos se basa en el cumplimiento de una obligación legal, así como en el consentimiento de la persona interesada. Los datos personales no serán cedidos a terceros, salvo por exigencias de la legislación vigente. Tampoco se realizarán transferencias internacionales. Le informamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, en el correo electrónico [delegadodp@ayto-pinto.es](mailto:delegadodp@ayto-pinto.es). Puede consultar más información en el reverso de este documento.