

Los cuadros sombreados en gris están reservados para la administración. No se deben marcar.

1. ALUMNO

A.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO									
NIF/NIE		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE	
FECHA NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M				
B.- DATOS ACADÉMICOS Y DEL CENTRO DOCENTE EN QUE ESTÁ ESCOLARIZADO EL ALUMNO									
Denominación del centro:							Código:		
Provincia:				Localidad:					
Estudios (Ed. Primaria, ESO, Bachillerato, FPB, CFGM de FP, Ed. Especial):									
Familia/Especialidad:							Curso:		
C.- TIPO DE DISPOSITIVO: seleccione el dispositivo para el que solicita la ayuda. MARQUE SOLO UNO				<input type="checkbox"/> Convertible 2 en 1 Todos niveles educativos			<input type="checkbox"/> Miniportátil 14" Bachillerato y CFGM de FP		
D.- DOCUMENTACIÓN Y AUTORIZACIONES DEL ALUMNO Y DE LA UNIDAD FAMILIAR									
DNI	La Consejería de Educación verificará directamente por medios electrónicos los datos de identidad personal (DNI/NIE). En caso de oponerse a dicha verificación marque esta casilla <input type="checkbox"/> y aporte fotocopia del DNI/NIE.							VERIFICADO <input type="checkbox"/>	
AEAT	<input type="checkbox"/>	AUTORIZO a la Consejería de Educación a la consulta a la AEAT de datos de renta correspondientes al ejercicio 2019			<input type="checkbox"/>	NO AUTORIZO a la Consejería de Educación a la consulta a la AEAT de datos de renta correspondientes al ejercicio 2019, y aporoto certificado de rentas emitido por la AEAT.			
DISC	Alego discapacidad de grado ___ reconocida por la Comunidad Autónoma de _____. La Consejería de Educación lo verificará directamente por medios electrónicos salvo oposición. En caso de oponerse marque esta casilla <input type="checkbox"/> y aporte certificado de discapacidad.							VERIFICADO <input type="checkbox"/>	
	Alego discapacidad de grado ____, reconocida por un organismo de la Administración General del Estado, y adjunto certificado de discapacidad.							VERIFICADO <input type="checkbox"/>	
FAM NUM	Alego que el alumno forma parte de una familia numerosa con título nº _____ con validez hasta _____ y número de hijos igual a ___. El título de familia numerosa se ha reconocido por la Comunidad Autónoma de _____. La Consejería de Educación lo verificará directamente por medios electrónicos salvo oposición. En caso de oponerse a dicha verificación marque esta casilla <input type="checkbox"/> y aporte copia del título vigente.							VERIFICADO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Alego que algún miembro de la unidad familiar ha sido reconocido como víctima de actos terroristas y aporoto la documentación justificativa.							VERIFICADO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Alego que algún miembro de la unidad familiar ha sido reconocido como víctima de violencia de género y aporoto la documentación justificativa.							VERIFICADO <input type="checkbox"/>	
E.- DATOS DE CONTACTO									
Correo electrónico: _____ TFNO1: _____ TFNO2: _____									
DOMICILIO FAMILIAR: Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____ Nº: _____ Escalera: _____									
Piso: _____ Letra: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____									
F.- ENTIDAD Y CUENTA DONDE DESEA PERCIBIR LA AYUDA.									
IBAN		Código Banco		Código Agencia		DC	Nº de cuenta		

2. SOLICITANTE (NO CUMPLIMENTAR SI EL ALUMNO ES MAYOR DE EDAD)

E.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE				
NIF/NIE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
FECHA NACIMIENTO:		PARENTESCO:		EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>
				CASADO: <input type="checkbox"/>

G.- DOCUMENTACIÓN Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE

DNI	La Consejería de Educación verificará directamente por medios electrónicos los datos de identidad personal (DNI/NIE). En caso de oponerse a dicha verificación marque esta casilla <input type="checkbox"/> y aporte fotocopia del DNI/NIE.	VERIFICADO <input type="checkbox"/>
-----	---	--

2.1. Caso general (no cumplimentar en caso de acogimiento o tutela institucional)

DISC	Alego discapacidad reconocida por la Comunidad Autónoma de _____ de grado ____ del solicitante. La Consejería de Educación lo verificará directamente por medios electrónicos salvo oposición. En caso de oponerse marque esta casilla <input type="checkbox"/> y aporte certificado de discapacidad.	VERIFICADO <input type="checkbox"/>
	Alego discapacidad de grado ____ del solicitante, reconocida por una administración distinta a Comunidad Autónoma, y adjunto certificado de discapacidad.	VERIFICADO <input type="checkbox"/>
AEAT	<input type="checkbox"/> AUTORIZO a la Consejería de Educación a la consulta a la AEAT de datos de renta correspondientes al ejercicio 2019	<input type="checkbox"/> NO AUTORIZO a la Consejería de Educación a la consulta a la AEAT de datos de renta correspondientes al ejercicio 2019, y aporte certificado de rentas emitido por la AEAT.

2.2. Caso de acogimiento o tutela institucional

CIF de la institución:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Denominación de la institución: _____
Titular de la cuenta en la que se solicita el pago: NIF/CIF: _____ Apellidos y nombre/denominación: _____								

3. RESTO DE FAMILIARES QUE CONVIVEN CON EL ALUMNO A 31/12/2019

Número de miembros computables en la unidad familiar a 31/12/2019:	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

AEAT: La Consejería de Educación consultará los datos de renta correspondientes al ejercicio 2019. En caso de no autorizar aporte certificado emitido por la AEAT	DNI/NIE: La Consejería de Educación verificará directamente por medios electrónicos los datos de identidad personal (DNI/NIE). En caso de oponerse a dicha verificación marque esta casilla y aporte fotocopia del DNI/NIE.	DISCAPACIDAD					
		Alego discapacidad reconocida por una Comunidad Autónoma . La Consejería de Educación lo verificará directamente por medios electrónicos salvo oposición. En caso de oponerse marque esta casilla y aporte certificado de discapacidad.	Alego discapacidad reconocida por un organismo de la Administración General del Estado , y adjunto certificado de discapacidad.				
PADRE/MADRE/TUTOR 1 DEL ALUMNO (DISTINTO DEL SOLICITANTE SI EL ALUMNO ES MENOR DE EDAD)							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	CASADO	EXTRANJERO	
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PADRE/MADRE/TUTOR 2 DEL ALUMNO							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	CASADO	EXTRANJERO	
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERMANO 1 DEL ALUMNO							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	EXTRANJERO		
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HERMANO 2 DEL ALUMNO							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	EXTRANJERO		
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA _____		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERMANO 3 DEL ALUMNO							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	EXTRANJERO		
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA _____		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERMANO 4 DEL ALUMNO							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	EXTRANJERO		
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA _____		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERMANO 5 DEL ALUMNO							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	EXTRANJERO		
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA _____		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERMANO 6 DEL ALUMNO							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	EXTRANJERO		
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA _____		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASCENDIENTE 1 (ABUELO/A DEL ALUMNO)							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	CASADO	EXTRANJERO	
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA _____		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASCENDIENTE 2 (ABUELO/A DEL ALUMNO)							
NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC	CASADO	EXTRANJERO	
AEAT		DNI/NIE		DISCAPACIDAD DE GRADO __ EN CCAA _____		DISCAPACIDAD DE GRADO __ ADMON GENERAL	
Autorizo	No autorizo	Me opongo	Verificado	Me opongo	Verificado	Alego	Verificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H.- A CUMPLIMENTAR POR EL/LA DIRECTOR/A DEL CENTRO ESCOLAR (MARCAR CON UNA X LO QUE PROCEDA)

<input type="checkbox"/>	El dispositivo digital para el que se solicita la ayuda es necesario para el tratamiento por el alumno de recursos didácticos digitales de acuerdo con el plan de integración de las tecnologías de la información y la comunicación del centro o se ha adquirido por la necesidad de seguimiento de las clases a distancia debido a las condiciones sanitarias existentes, y reúne las características determinadas en la orden de convocatoria.
<input type="checkbox"/>	La factura de adquisición de dispositivos electrónicos para el curso 2020/2021 cumple los requisitos establecidos en la Orden de Convocatoria.
Importe subvencionable de la factura: _____ €	
D./D ^a _____, como Director/a del Centro Escolar, certifica que los datos contenidos en esta solicitud son coincidentes con la documentación obrante en el Centro. _____, a _____ de _____ de 2020	
(SELLO DEL CENTRO) (FIRMA)	

INFORMACIÓN SOBRE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Responsable del tratamiento	<i>Dirección General de Innovación y Formación del Profesorado.</i>
Finalidad del tratamiento	<i>Gestionar una subvención pública.</i>
Legitimación	<i>Cumplimiento de una misión realizada en interés público o ejercicio de poderes públicos.</i>
Destinatarios	<i>No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal</i>
Derechos	<i>Derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.</i>
Información adicional	<i>Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y el en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es</i>

Para cualquier consulta relacionada con esta modalidad de ayuda o para sugerencias relacionadas con este impreso puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León 983 327 850).

El solicitante declara aceptar las bases y convocatoria, la veracidad de los datos consignados en la solicitud incluidos los relativos a la cuenta bancaria, no hallarse incurso en ninguna de las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario establecidas en el art. 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, y encontrarse al corriente de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social de conformidad con lo establecido en el artículo 6.e) del Decreto 27/2008. La obtención de cualquier otra beca o ayuda para la misma finalidad deberá ser comunicada a la Dirección Provincial de Educación del centro del alumno. Autorizan también a comunicar a través de SMS al teléfono móvil que aparece en la solicitud información referente al proceso de tramitación.

En _____, a _____ de _____ de _____

SOLICITANTE,

PADRE/MADRE/TUTOR,

OTROS MIEMBROS

(FIRMA SOLICITANTE)

(FIRMA)

(FIRMA)

(FIRMA)

(FIRMA)

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN (Dirección Provincial de Educación de _____)
(Entréguese preferentemente en la Secretaría del Centro donde está matriculado el alumno)