**SOL·LICITANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i Cognoms | |
| Nom sentit (1) | NIF/NIE |
| Població | Codi Postal |
| Adreça | Telèfon/s |
| **(obligatòria)** Adreça electrònica | |

(1) Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans\* (transexual, trangènere) o intersexual, s'identifiquin amb el nom sentit, d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.

Les persones que consten a la sol·licitud DECLAREN SOTA LA SEVA RESPONSABILITAT:

- Que accepten les bases de la convocatòria per a la qual sol·liciten ajut.

- Que estan d’acord amb el procediment del pagament de la beca, d’acord amb les bases.

- Que totes les dades incorporades a la present sol·licitud s’ajusten a la realitat i que queden assabentats que la inexactitud de les circumstàncies declarades podrà donar lloc a la denegació o revocar l’ajut.

**-  SÍ  NO** obtinc rendes de l’estranger. En cas afirmatiu, cal consignar a continuació la quantitat en la

moneda corresponent i justificar la percepció..........................................................................

**DADES DELS ESCOLARS PELS QUALS SE SOL·LICITA L’AJUT (que assisteixen al mateix centre)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IDALU (2) | Nom i cognoms dels/de les alumnes  Si és el cas, indicar també Nom sentit (1) | Data de naixement | Nivell escolar curs 2024/2025 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(2) IDALU: és el codi identificador d’alumne dins del Registre d’alumnes (RALC) que ha creat el Departament d’Educació per alumnes matriculats en centres educatius d’ensenyaments reglats i no universitaris de Catalunya. En cas de no conèixer-lo, la família pot consultar-lo en butlletins de notes anteriors o bé demanar-lo al centre educatiu.

|  |  |
| --- | --- |
| Centre escolar | Població |

Amb la presentació d’aquesta sol·licitud, s’inicia un procediment on tots els seus actes es comuniquen per notificació electrònica a l’adreça electrònica aportada en aquest formulari.

**IL·LM. SR. PRESIDENT DEL CONSELL COMARCAL DEL PRIORAT**

**OBJECTE SOL.LICITUD BECA:**

**Adquisició de llibres i/o material obligatori**

**1r cicle educació infantil**

**Assistència Llar d’Infants AMB servei de menjador**

**Assistència Llar d’Infants SENSE servei de menjador**

**DOCUMENTACIÓ A APORTAR**

1. **Per part de la persona sol·licitant:**

|  |  |
| --- | --- |
| Factura/res llibres | Obligatori |
| NIF/NIE (3) | Obligatori |
| Infants en acolliment | Si s’escau |
| Justificació ingrés no contributiu | Si s’escau |
| Justificació deducció geogràfica | Si s’escau |
| Conveni, sentència divorci, o acta final de mediació | Si s’escau |

(3) **de la persona beneficiària de l’ajut, i de tots els membres de la unitat familiar**, d’acord amb el que s’especifica a la clàusula tercera, de les bases de la present convocatòria.

1. **Documentació que pot consultar el Consell amb autorització (si no s’autoritza, caldrà que ho aporti la persona sol·licitant):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Declaració renda exercici 2024 (3) | Obligatori | * **SÍ, AUTORITZO**   **NO AUTORITZO**  Al Consell Comarcal del Priorat i al Departament d’Educació a obtenir de l’Administració Tributària les dades necessàries per determinar la renda i patrimoni a efectes de l’ajut.   * **SÍ, AUTORITZO**   **NO AUTORITZO**  Al Consell Comarcal del Priorat a obtenir, a través de l’EACAT, el volant de convivència de la unitat familiar i les dades necessàries per la tramitació dels ajuts. |
|  | Volant de convivència (3) | Obligatori |
|  | Carnet de família nombrosa (3) | Si s’escau |
|  | Carnet de família monoparental (3) | Si s’escau |
|  | Certificat Discapacitat (3) | Si s’escau |

(3) **de la persona beneficiària de l’ajut, i de tots els membres de la unitat familiar**, d’acord amb el que s’especifica a la clàusula tercera, de les bases de la present convocatòria.

**Lloc i data Signatura de la persona sol·licitant**

De conformitat amb la normativa de protecció de dades personals amb la signatura de la present, declara que ha estat informat/da que les vostres dades personals proporcionades en aquest document, seran tractades sota responsabilitat del CONSELL COMARCAL DEL PRIORAT, amb CIF P-9300009-I, i domicili a Pl. de la Quartera 1, CP 43730, de Falset (Tarragona).

La finalitat d’aquest tractament és la de gestionar la vostra petició i l´assessorament sobre la vostra situació, essent la causa que legitima el seu tractament les competències atribuïdes a aquest Consell. Aquestes dades no seran transmeses a terceres persones, llevat dels casos en els que hi hagi una obligació legal, i seran conservades sempre que sigui imprescindible o legítim per la finalitat que es van captar, i d’acord amb els criteris d’arxiu aplicables.

En qualsevol cas podreu exercitar els drets d’accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions caldrà que les feu al CONSELL COMARCAL DEL PRIORAT, amb CIF P-9300009-I, i domicili a Pl. de la Quartera 1, CP 43730, de Falset (Tarragona); o bé per correu electrònic a [consellcomarcal@priorat.cat](mailto:consellcomarcal@priorat.cat). S’informa que també podeu presentar una reclamació, si així ho considereu, davant l’Autoritat Catalana de protecció de dades o bé us podeu posar en contacte amb el/la Delegat/ada de Protecció de dades a [dpd@priorat.cat](mailto:dpd@priorat.cat).

**DADES DE LA UNITAT FAMILIAR:** Dades referides a l’exercici 2024 de tots els membres que conviuen al domicili. En el cas de menors de 18 anys signarà el/la representant legal. El/la sol·licitant declara de forma responsable que disposa de la documentació que acredita el domicili informat i que ha obtingut el consentiment de totes les persones que consten el domicili consignat per tal que el Consell Comarcal de Priorat pugui obtenir les dades que consten al Padró amb l´única finalitat de resoldre el present tràmit:

**SÍ, AUTORITZO  NO AUTORITZO**

**Membres de la unitat de convivència (indicar parentiu respecte la persona beneficiària de l’ajut)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parentiu respecte a l’alumne/a beneficiari/ària**  (pare, mare, tutor/a, germà/na, avi/àvia, tiet/a...) | NIF/NIE | Nom i Cognoms  Si és el cas, indicar també Nom sentit (1) | Data  naixement | Signatura |
| Alumne/a beneficiari/ària |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans\* (transexual, trangènere) o intersexual, s'identifiquin amb el nom sentit, d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.

**Lloc i data Signatura de la persona sol·licitant**

Per poder cobrar la beca, **HAN D’OMPLIR** aquest document de pagament l’alumnat dels següents centres escolars:

ESCOLA 11 DE SETEMBRE (El Masroig)

ESCOLA ANICET VILLAR (Marçà)

ESCOLA EL CASTELL (Cabacés)

ESCOLA EL SARRAÍ (Bellmunt del Priorat)

ESCOLA SERRA MAJOR (La Vilella Baixa)

ESCOLA GALENA (El Molar)

ESCOLA LLICORELLA (Gratallops)

ESCOLA MONTSANT (La Bisbal de Falset)

ESCOLA ROSSEND GIOL (Porrera)

INS PRIORAT (Falset)

**DOCUMENT PER AL PAGAMENT DE LA BECA ADQUISICIÓ LLIBRES**

**PER AL CURS ESCOLAR 2025/2026**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom i cognoms de l’alumne/a |  | | |
| Si és el cas, indicar també Nom sentit (1) |  | | |
| Adreça |  | | |
| Municipi |  | Codi postal |  |
| Nom i cognoms representant legal |  | | |
| Si és el cas, indicar també Nom sentit (1) |  | | |
| Telèfon/s |  | | |

1. Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans\* (transexual, trangènere) o intersexual, s'identifiquin amb el nom sentit, d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.

**ENTITAT BANCÀRIA ON S’HA D’EFECTUAR L’INGRÉS DE LA BECA:**

NOM TITULAR: ................................................................................. NIF/NIE: ........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Lloc, data i signatura del/de la titular del compte,

............................................................................, a ........... de/d’ ............................................. de 20.....