

FAMILIARES MÁS PRÓXIMOS EN GALICIA

APellidos	NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

Autorizo a la Secretaría General de la Emigración, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y de la orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia, de 7 de julio de 2009, que la desarrolla, para la consulta de mis datos de identidad en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad del Ministerio de Administraciones Públicas.

Firma del solicitante o representante:

El/La solicitante autoriza a la persona habilitada al efecto, del centro coordinador señalado a continuación, según área de residencia, para presentar esta solicitud a través del Registro Telemático de la Xunta de Galicia:

En Brasil:

- Peña Gallega de Casa de España (Río de Janeiro)
- Real Sociedad Española de Beneficencia (Salvador-Bahía)
- Sociedade Hispano Brasileira de Socorros Mutos e Instrução (São Paulo)
- Sociedade de Socorros Mutuos e Beneficente Rosalía de Castro (Santos)

En Cuba:

- Federación de Sociedades Gallegas (Cuba)

En Venezuela:

- Hermandad Gallega (Venezuela)

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL CONJUNTO DE TODAS LAS SOLICITUDES EFECTUADAS O CONCEDIDAS PARA LA MISMA ACTIVIDAD

Quien abajo firma declara que, en las fechas y por los importes que a continuación se relacionan, presentó solicitud/es y le ha/n sido concedida/s, en su caso, la/s siguiente/s ayuda/s para el mismo fin:

DENOMINACIÓN DEL ORGANISMO O ENTIDAD PÚBLICA A LA QUE LE FUE SOLICITADA LA AYUDA	FECHA DE		IMPORTE (EN €)	
	SOLICITUD	CONCESIÓN ⁽¹⁾	SOLICITADO	CONCESIÓN ⁽²⁾

⁽¹⁾ En el caso de estar pendiente la resolución de alguna solicitud, se indicará "PENDIENTE" en esta columna

⁽²⁾ En las solicitudes denegadas se hará constar "0" en esta columna

En el caso de no haber realizado solicitud de ayuda para el mismo fin, se marcará el siguiente recuadro Y FIRMARÁ ESTA PÁGINA EL/LA BENEFICIARIO/A DE LA SOLICITUD O LA PERSONA QUE LO/LA REPRESENTA

- EL/LA RESPONSABLE DE LA SOLICITUD NO HA SOLICITADO NI, EN CONSECUENCIA, LE HAN CONCEDIDO AYUDA ALGUNA PARA LA MISMA FINALIDAD POR NINGUNA DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS COMPETENTES

Quien abajo firma DECLARA QUE: presta expresamente su consentimiento para que, de acuerdo con lo establecido en los apartados 3º y 4º del artículo 13 de la Ley 4/2006, de 30 de junio, de transparencia y de buenas prácticas en la Administración pública y en el Decreto 132/2006, de 27 de julio, por el que se regulan los registros públicos creados en los artículos 44 y 45 de la Ley 7/2005, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2006, publique las subvenciones concedidas al amparo de esta orden en el *Diario Oficial de Galicia*, en su página web oficial y en los registros públicos referidos, con expresión de la entidad beneficiaria, la cuantía y su finalidad, en la forma que determine el órgano competente.

AUTORIZACIÓN

COMO RESPONSABLE EL CONFIRMAMOS LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS DE LA PRESENTE SOLICITUD.

FIRMA DEL PADRE FIRMA DE LA MADRE

DECLARO SER CIERTOS TODOS LOS DATOS MENCIONADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD

_____ de _____ de 2010

Firmado:

Nombre y apellidos del solicitante o persona que lo representa



XUNTA DE GALICIA
PRESIDENCIA
Secretaría General de la Emigración

ANEXO B/2010

DATOS DEL SOLICITANTE NOMBRE Y APELLIDOS	DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL NOMBRE Y APELLIDOS	DATOS DE LA MADRE O TUTORA LEGAL NOMBRE Y APELLIDOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TURNO DE PREFERENCIA PARA VIAJAR: (la preferencia no quiere decir que sea seleccionado para ese turno. Sólo cumplimentarán los solicitantes de actividades de campamentos)

- 1ª quincena de julio
 2ª quincena de julio

EN EL CASO DE NO SER SELECCIONADO EN EL TURNO SOLICITADO, ESTARÍA DISPUESTO A VIAJAR EN OTRO TURNO:

- SÍ NO

PREFERENCIA PARA EL REGRESO (SEÑALAR UNA OPCIÓN EN CADA TURNO):

<p>EN EL CASO DE PARTICIPAR EN LA PRIMERA QUINCENA DE JULIO (actividades de campamentos y campos de trabajo)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.- El solicitante debe regresar necesariamente al terminar la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.- El solicitante desea quedarse una quincena con su familia en Galicia después de terminar la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.- El solicitante desea quedarse un mes con su familia en Galicia después de terminar la actividad.</p>	<p>EN EL CASO DE PARTICIPAR EN LA SEGUNDA QUINCENA DE JULIO (actividades de campamentos y campos de trabajo)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.- El solicitante debe regresar necesariamente al terminar la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.- El solicitante desea quedarse una quincena con su familia en Galicia después de terminar la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.- El solicitante desea quedarse un mes con su familia en Galicia después de terminar la actividad.</p>
<p>EN EL CASO DE PARTICIPAR EN LA PRIMERA QUINCENA DE AGOSTO (sólo campos de trabajo)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.- El solicitante debe regresar necesariamente al terminar la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.- El solicitante desea quedarse una quincena con su familia en Galicia después de terminar la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.- El solicitante desea quedarse un mes con su familia en Galicia después de terminar la actividad.</p>	

AUTORIZACIONES A CUBRIR PARA TODO SOLICITANTE MENOR DE EDAD:

COMO RESPONSABLE/S - REPRESENTANTES LEGALES - DE NUESTRO/A HIJO/A, DAMOS NUESTRA AUTORIZACIÓN PARA VIAJAR SOLO/A A GALICIA Y PARA SU ASISTENCIA A LA ACTIVIDAD DE CAMPAMENTO SOLICITADA, DEL PROGRAMA DE LA SECRETARÍA GENERAL DE EMIGRACIÓN.

_____ de _____ de 2010

FIRMA DEL PADRE O TUTOR **FIRMA DE LA MADRE O TUTORA**

AUTORIZACIONES PARA QUEDAR CON SU FAMILIA UNA VEZ TERMINADO EL PROGRAMA

COMO REPRESENTANTES LEGALES DE NUESTRO/A HIJO/A MENOR DE EDAD, LO/A AUTORIZAMOS PARA QUEDARSE CON NUESTRA FAMILIA EN GALICIA UNA VEZ TERMINADO EL PROGRAMA.

AUTORIZAMOS A LA/S PERSONA/S QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN PARA QUE, AL TERMINAR EL PROGRAMA, LO RECOJAN DE LA INSTALACIÓN FINAL QUE LE PUDIESE CORRESPONDER.

ACEPTAMOS LAS CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN EXPUESTAS EN LA CIRCULAR INFORMATIVA DEL PROGRAMA DEL AÑO 2010, Y ASIMISMO LAS RESPONSABILIDADES JUNTO CON NUESTRA FAMILIA EN GALICIA REFERIDAS A LA ESTANCIA Y REGRESO DE NUESTRO/A HIJO/A UNA VEZ TERMINADA LA ESTANCIA EN LAS INSTALACIONES DE CAMPAMENTOS.

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

_____ de _____ de 2010

FIRMA DEL PADRE O TUTOR **FIRMA DE LA MADRE O TUTORA**

ANEXO C

DECLARACIÓN JURADA RESPONSABLE (artículo 3.1º.e)

Declaro bajo juramento que los ingresos, rentas o pensiones de cualquier naturaleza que perciben anualmente los integrantes de la unidad económica familiar (el/la beneficiario/a, los padres, los abuelos, los hermanos y cuñados) en la que convive (nombre del solicitante del campamento o de campo de trabajo)

son los que a continuación se detallan:

<i>APELLIDOS Y NOMBRE</i>	<i>PARENTESCO CON EL SOLICITANTE</i>	<i>DNI n° o PASAPORTE</i>	<i>INGRESOS BRUTOS ANUALES (En moneda del país)</i>	<i>En concepto de (sueldo, jubilación, rentas...)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL

RESUMEN:

INGRESOS TOTALES ANUALES (Brutos)	<input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------

Firma:

Aclaración:

DNI o pasaporte:

Nota: los ingresos serán siempre brutos y en la moneda del país de residencia.

ANEXO D

INFORME MÉDICO

DATOS DEL FACULTATIVO

Don/Doña

Centro asistencial o entidad en la que presta servicios:

Nº de colegiado, matrícula o similar

INFORMO:

Que Don/Doña

DNI o núm. pasaporte

No padece enfermedad infecto-contagiosa y es apto para participar, con normalidad, en actividades recreativas y deportivas, así como para realizar un viaje de larga duración.

El/La paciente debe seguir el siguiente tratamiento:

Alergias:

OBSERVACIONES:

FECHA:

de

de