

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

D./Dña. \_\_\_\_\_ Padre/ Madre/ Tutor del menor, con D.N.I /N.I.E. \_\_\_\_\_, declara responsablemente la certeza de los datos aportados en este documento para proceder a la solicitud de Beca del Ayuntamiento de la Orotava por asistencia a Escuela Infantil Municipal

- **DATOS DE CENTRO:** Escuela Infantil Elisa González de Chaves
- **FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL CENTRO:** \_\_\_\_\_
- **DATOS DEL SOLICITANTE:**
  - Dirección: \_\_\_\_\_
  - CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_
  - Teléfonos/s: \_\_\_\_\_
  - Correo electrónico: \_\_\_\_\_
  - Acredita reconocimiento de discapacidad: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_%
  - Acredita condición de víctima de violencia de género: \_\_\_\_\_
- **DATOS DEL HIJO/A PARA QUIEN SE SOLICITA LA BECA:**
  - Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
  - Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
  - NIF/ NIE /Pasaporte: \_\_\_\_\_
  - Nacionalidad: \_\_\_\_\_
  - Sexo: \_\_\_\_\_
  - Acredita reconocimiento de discapacidad: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_%
  - Acredita necesidades educativas especiales: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
- **DATOS DEL OTRO PROGENITOR:**
  - Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
  - NIF/NIE/Pasaporte: \_\_\_\_\_
  - Dirección: \_\_\_\_\_
  - CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_
  - Teléfonos/s: \_\_\_\_\_
  - Correo electrónico: \_\_\_\_\_
  - Acredita reconocimiento de discapacidad: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_%
  - Acredita condición de víctima de violencia de género: \_\_\_\_\_
- **SI TIENE HERMANOS EN EL CENTRO:**
  - Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
  - Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- **SI ES FAMILIA NUMEROSA O MONOPARENTAL:**
  - Familia Monoparental: \_\_\_\_\_
  - Título de familia numerosa: \_\_\_\_\_
  - Nº Título: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma Exp.: \_\_\_\_\_
  - Categoría: \_\_\_\_\_
- **SI HAY EN LA FAMILIA OTRAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:**
  - Hermanos menores no beneficiarios/as de la solicitud de subvención con discapacidad reconocida: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
  - Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
  - NIF/NIE: \_\_\_\_\_
  - Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
  - Porcentaje de discapacidad Reconocida: \_\_\_\_\_%

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente, en La Villa de La Orotava, a        de        de 2025.

Firma

D.N.I. \_\_\_\_\_