



Consejería de
Educación, Cultura y Deportes

Dirección General de
Organización, Calidad Educativa
y Formación Profesional

Nº Procedimiento

120039

Código SIACI

NJN0

ANEXO I

NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

DATOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL DEL ALUMNO/A

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA

Correo postal Teléfono Correo electrónico

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Organización, Calidad Educativa y Formación Profesional con la finalidad de gestionar su solicitud. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

1º **INFORMA:** Que su hijo/a....., nacido el..... de..... de....., padece la siguiente enfermedad crónica.....

2º **JUSTIFICA:** Por medio del informe oficial de salud adjunto, la necesidad del cuidado o atención a la enfermedad de su hijo o hija

3º **AUTORIZA:** A que el centro educativo que escolariza a su hijo/a se coordine con el centro de salud al que el centro educativo se encuentra vinculado.



Consejería de
Educación, Cultura y Deportes

Dirección General de
Organización, Calidad Educativa
y Formación Profesional

Acreditación del cumplimiento de los requisitos

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones

1ª AUTORIZA **SI** **NO** a la Consejería de Educación Cultura y Deportes para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los datos acreditativos de identidad, domicilio o residencia, información de índole tributaria y sobre afiliación a la Seguridad Social y datos o documentos emitidos o que se encuentren en poder de la Administración regional, en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

Documentación

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (liste los documentos electrónicos o en papel a aportar):

1º

2º

3º

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Fecha:

Organismo destinatario:

Consejería de Educación Cultura y Deportes

Dirección General de Organización, Calidad Educativa y Formación Profesional.

Servicio de Inclusión Socioeducativa

(Registro de Asociaciones)

Bulevar Río Alberche, s/n.

45071, Toledo