

**SOL·LICITUD DEL PROGRAMA PROVINCIAL PER L'OCUPACIÓ HOTELERA I EL TURISME SOCIAL**  
**SOLICITUD DEL PROGRAMA PROVINCIAL POR EL EMPLEO HOTELERO Y EL TURISMO SOCIAL****A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> <b>Masculí</b> <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> <b>Femení</b> <i>Femenino</i>	NÚM. AFILIACIÓ SS / Nº AFILIACIÓN S.S.	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON FIX / TELÉFONO FIJO	TELÈFON MÒBIL / TELÉFONO MÓVIL

**B DADES DEL CÒNJUGE / DATOS DEL CÓNYUGE**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> <b>Masculí</b> <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> <b>Femení</b> <i>Femenino</i>	NÚM. AFILIACIÓ SS / Nº AFILIACIÓN SS	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF

**C OMPLIU EN EL CAS QUE VULGA PARTICIPAR UN FAMILIAR A CÀRREC, DISCAPACITAT (vegeu condicions per a l'admissió)  
CUMPLIMENTAR EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA PARTICIPAR UN FAMILIAR A CARGO, DISCAPACITADO (ver condiciones para la admisión)**

PRIMER COGNOM PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	DNI/NIF	GRAU DISCAPACITAT GRADO DISCAPACIDAD	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
----------------------------------	----------------------------------	--------------	---------	---	------------------------------------

**D DADES ECONÒMIQUES: PENSIÓ O PENSIONS (\*) / DATOS ECONÓMICOS: PENSIÓN O PENSIONES (\*)**

PROCEDÈNCIA DE LA PENSIÓ (marqueu amb x) / PROCEDENCIA DE LA PENSIÓN (marque con X)

SOL·LICITANT SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> <b>SEGURETAT SOCIAL</b> <i>SEGURIDAD SOCIAL</i>	CÒNJUGE CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> <b>SEGURETAT SOCIAL</b> <i>SEGURIDAD SOCIAL</i>
	<input type="checkbox"/> <b>CLASSES PASSIVES</b> <i>CLASES PASIVAS</i>		<input type="checkbox"/> <b>CLASSES PASSIVES</b> <i>CLASES PASIVAS</i>
	<input type="checkbox"/> <b>NO CONTRIBUTIVA</b>		<input type="checkbox"/> <b>NO CONTRIBUTIVA</b>
<input type="checkbox"/> <b>ALTRES (especifiqueu procedència i envieu certificat):</b> <i>OTRAS (especificar procedencia y enviar certificado):</i>		<input type="checkbox"/> <b>ALTRES (especifiqueu procedència i envieu certificat):</b> <i>OTRAS (especificar procedencia y enviar certificado):</i>	
Indiqueu quantia mensual: <i>indicar cuantia mensual:</i> _____		Indiqueu quantia mensual: <i>indicar cuantia mensual:</i> _____	

(\*) S'indicarà la quantia total de les pensions que perceben ambdós cònjuges, incloses les procedents d'altres països.  
Se indicará la cuantía total de las pensiones que perciban ambos cónyuges, incluidas las procedentes de otros países.

**E OMPLIU NOMÉS EN EL CAS QUE VULGUEU UNIR LA VOSTRA SOL·LICITUD A UNA ALTRA DE LA VOSTRA MATEIXA PROVÍNCIA  
CUMPLIMENTAR SÓLO EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA UNIR SU SOLICITUD A OTRA DE SU MISMA PROVINCIA**

COGNOMS I NOM DE LA PERSONA QUE FIGURA COM A TITULAR D'UNA ALTRA SOL·LICITUD APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIGURA COMO TITULAR DE OTRA SOLICITUD	DNI/NIF
--	---------

**F DECLARACIÓ / DECLARACIÓN**

**Els sotassignats declaren que són certes totes les dades que antecedixen i són conscients que l'ocultació o falsedat en estes pot ser motiu de l'anul·lació de l'expedient o l'anul·lació de l'ajuda concedida.**

Que no patixen malaltia infectocontagiosa que pugua posar en perill les persones participants en el programa, ni trastorns o alteracions de comportament que puguin alterar la normal convivència i que es valen per si mateixos.

Que autoritzen expressament a l'Ajuntament de residència perquè pugua verificar les dades reflectides en la present sol·licitud amb les que es troben en l'Administració i en la Seguretat Social.

**Los abajo firmantes declaran que son ciertos cuantos datos anteceden y son conscientes de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación del expediente o la anulación de la ayuda concedida.**

Que no padecen enfermedad infecto-contagiosa que pueda poner en peligro a las personas participantes en el programa, ni trastornos o alteraciones de comportamiento que puedan alterar la normal convivencia y que se valen por sí mismos.

Que autorizan expresamente al Ayuntamiento de residencia para que pueda verificar los datos reflejados en la presente solicitud con los que obran en la Administración y en la Seguridad Social.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
La persona sol·licitant / La persona solicitante                      El/La cònjuge / El/La cónyuge

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).  
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADADATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

IL·LM. SR. ALCALDE-PRESIDENT DE L'AJUNTAMENT DE \_\_\_\_\_

ILMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE \_\_\_\_\_