



**Ciudad Autónoma de Melilla**  
Consejería de Bienestar Social y Sanidad



Programa EQUAL-Melilla



FONDO SOCIAL EUROPEO

**ANEXO V**  
**(1)**  
**MODELO DE SOLICITUD**  
Prestaciones mayores de 40 años  
Salario- Riesgo

**DATOS PERSONALES:**

NOMBRE:	APELLIDOS:		
D.N.I./T.R.	DOMICILIO:		
BARRIO:	CIUDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO:	ANTIGÜEDAD EN EL INEM:		

**DATOS FAMILIARES:**

Nº INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:	
INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR	

**ITINERARIO DE INSERCIÓN SEGUIDO POR:**

\_\_\_\_\_

**PARA:**

\_\_\_\_\_

Declara bajo su responsabilidad no estar percibiendo ayudas destinadas al mismo fin de otras entidades.

En Melilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Fdo. D/ Dña. \_\_\_\_\_