

**IMPRESO DE SOLICITUD DE AYUDA A LAS FAMILIAS PARA LA ADQUISIÓN DE UN EQUIPO
INFORMÁTICO. CONVOCATORIA OCTUBRE DE 2005**

IMPORTANTE: ANTES DE RELLENAR ESTE IMPRESO, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES AL DORSO Y CUMPLIMENTE Y FIRME LA DECLARACIÓN JURADA SI PROCEDE.

DATOS SOLICITANTE	
Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Nacionalidad:
Profesión:	Fecha Nacimiento:
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Telef. Fijo:	Telef. Móvil:
Correo electrónico:	
Datos Bancarios	Entidad Oficina DC Nº c/c
El solicitante u otra de las personas empadronadas en el domicilio ha solicitado anteriormente la misma subvención: SÍ TM NO TM	
DATOS MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE CURSA ESTUDIOS ESPECIFICADOS EN LA CONVOCATORIA	
Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Nacionalidad:
Profesión:	Fecha Nacimiento:
Estudios que cursa:	
Centro de Estudios:	
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
DATOS RESTO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR	
1) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
2) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
3) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
4) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
5) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
6) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
7) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	
8) Nombre:	Apellidos:
DNI/Tarj. Resd:	Profesión: Fecha Nacimiento:
Parentesco con el solicitante: Cónyuge Hijo/a Padre/Madre Hermano/a Otros, especificar: _____	

El abajo firmante, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, autoriza al Organismo Gestor del Programa de Acciones Innovadoras de la Ciudad Autónoma de Melilla a que pueda solicitar ante la Tesorería General de la Seguridad Social, Agencia Estatal de Administración Tributaria y Ciudad Autónoma de Melilla los certificados exigidos en la presente convocatoria.

Melilla, _____ de _____ de _____

Firmado,