



Ayuntamiento de Villanueva de la Concepción

SOLICITUD INSCRIPCIÓN EN ESCUELAS MUNICIPALES DEPORTIVAS Y CULTURALES

1. Solicitante (datos de obligado cumplimiento)		
Nombre y apellidos o razón social	DNI/CIF	
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Fax

2. Representante (de obligado cumplimiento en caso de actuar con representante legal)		
Nombre y apellidos o razón social	DNI/CIF	
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Fax

3. Notificación electrónica	
Desea ser notificado por vía electrónica mediante aviso a la dirección de correo electrónico indicada, al disponer de un certificado electrónico (DNI electrónico, o el de la FNMT), para poder ser notificado de forma electrónica mediante comparecencia electrónica. (Indique SÍ o NO):	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

4. Tipo de solicitud y escuela o actividad	
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN
ESCUELA DE: _____	

5. Datos bancarios											
Nombre y apellidos o razón social	DNI/CIF										
Entidad financiera:											
<table border="1"><tr><td>IBAN</td><td>ENTIDAD</td><td>SUCURSAL</td><td>DC</td><td>NÚMERO DE CUENTA</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	NÚMERO DE CUENTA						
IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	NÚMERO DE CUENTA							
<input type="checkbox"/> Autorizo el abono al Ayuntamiento de Villanueva de la Concepción, a cargo de la cuenta que arriba se indica, los recibos que se presenten en concepto de tasa por escuelas municipales, conforme a lo indicado en el siguiente apartado.											
Firma del/ de la titular de la cuenta											
<input type="checkbox"/> Autorizo al Ayuntamiento a recoger, captar y publicar las imágenes de mi persona y/o del menor al que represento, en la web, revistas, carteles, etc. que el Ayuntamiento edite para difundir las actividades.											

Ayuntamiento de Villanueva de la Concepción

Avda. Blas Infante, nº 2, Villanueva de la Concepción. 29230 Málaga. Tfno. 952 753 176. Fax: 952 753 394



Ayuntamiento de Villanueva de la Concepción

6. Declaración

EL/LA ABAJO FIRMANTE DECLARA, BAJO SU RESPONSABILIDAD, QUE SON CIERTOS LOS DATOS QUE FIGURAN EN EL PRESENTE DOCUMENTO, Y QUE EL INTERESADO EN INSCRIBIRSE EN LA ESCUELA:

Se encuentra en perfecto estado de salud y no padece, o ha padecido, ninguna enfermedad que pueda afectarle en la práctica de la actividad solicitada.

Padezco enfermedad o lesión (congénita o adquirida) por lo que acompaño a la presente hoja de inscripción, certificado médico de aptitud para el normal desarrollo de la actividad elegida y/o, en su caso, pautas médicas para la adaptación de dicha actividad a sus condiciones físicas.

La no aportación de la documentación arriba indicada supondrá la declaración responsable, por parte del usuario o persona responsable del menor, de su capacidad física para el normal desarrollo de la actividad elegida.

Firma del/de la solicitante o representante

En _____ a ____ de _____ de 20 ____

Fdo.: D./D^a. _____

Ayuntamiento de Villanueva de la Concepción

Ayda. Blas Infante, nº 2, Villanueva de la Concepción. 29230 Málaga. Tfno. 952 753 176. Fax: 952 753 394