



**ANEXO I – SOLICITUD  
PLAN EXTRAORDINARIO POR EL EMPLEO EN CASTILLA-LA MANCHA 2017**

<b>PUESTO AL QUE OPTA:</b>						
<b>1 DATOS DEL SOLICITANTE</b>						
NOMBRE Y APELLIDOS:					NIF/NIE:	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:						
LOCALIDAD:			CODIGO POSTAL			PROVINCIA
TFNO:				FECHA DE NACIMIENTO:		
<b>2 COLECTIVO AL QUE PERTENECE EL SOLICITANTE</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>DESEMPLEADA/O LARGA DURACION. (BASE 4.2. a)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>PERSONAS ENTRE 25 Y 65 AÑOS QUE NO SEAN PERCEPTORES DE PRESTACIONES O SEAN PERCEPTORES DE PROTECCION POR DESEMPLEO EXCEPTO EN SU NIVEL CONTRIBUTIVO. (BASE 4.2.a )</li> <li>MENORES DE 25 AÑOS Y MAYORES DE 65 CON RESPONSABILIDADES FAMILIARES. (BASE 4.2. a)2.)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>DESEMPLEADOS QUE HAYAN COTIZADO COMO AUTONOMOS. (BASE 4.2.a)3.)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>PERSONA DEPENDIENTE A CARGO. (BASE 4.2.a)4.)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>PERSONAS DISCAPACITADAS. GRADO _____, (BASE 4.2. b.)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO. (BASE 4.2. c.)</li> </ul>			
<b>3 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR CON DECLARACION DE INGRESOS</b>						
PARENTESCO	DNI/NIE	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	DISCAPACIDAD	PRESTACION/ SUBSIDIO	FIRMA AUTORIZACION COMPROBACION DATOS
SOLICITANTE				▪		
				▪		
				▪		
				▪		



#### 4 UNIDAD FAMILIAR

OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE SOLICITEN PARTICIPAR EN EL PLAN DE EMPLEO · SI · NO

El/la abajo firmante **DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:**

- Que la información contenida es cierta, a la vez que autoriza al Ayuntamiento de Gamonal, a realizar las gestiones oportunas para la verificación de las mismas, pudiendo ser desestimada la solicitud en caso de no ser demostrable la información facilitada por el usuario.
- **ACEPTO EXPRESAMENTE** todas las condiciones establecidas en las Bases reguladoras de la convocatoria del Plan Extraordinario de Empleo.
- Que en el caso de tener algún grado de Minusvalía declaro que la misma **NO** impedirá realizar las labores correspondientes, aceptando expresamente **QUE EN CASO CONTRARIO SERÉ SANCIONADO CON LA EXCLUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**
- **AUTORIZO** al Ayuntamiento de Gamonal para que pueda comprobar en los diferentes organismos públicos la veracidad de los extremos susceptibles de baremación.
- **AUTORIZO**, de conformidad con la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, para que figuren mis datos publicados en el Tablón de Edictos y en la web municipal a efectos de los listados provisionales de admitidos y excluidos del proceso selectivo, así como en las listas definitivas para la contratación de los participantes.

En Gamonal, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017

LA/EL SOLICITANTE

Fdo: \_\_\_\_\_