  

**CONCELLO DE BOQUEIXÓN**

**SOLICITUDE DO SERVIZO DE CANGURAXE 2024**

**Datos da nai/pai ou titor/titora legal:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e apelidos: | DNI: |
| Teléfono de contacto 1:: | Teléfono de contacto 2 |
| Correo electrónico: |
| Dirección : |

**Datos do/a menor**

|  |
| --- |
| Nome e apelidos: |
| Data de nacemento: |  |
| Data comezo atención domiciliaria: Data fin atención domiciliaria: | Horario solicitado:  |
| **\*A atención domiciliaria prestarase de luns a venres, entre as 7:00 e as 22:00 horas.****\*Duración mínima 30 minutos e máxima 4 horas diarias.** |

|  |
| --- |
| **Supostos de solicitude** |
|  | Entrevista de traballo |
|  | Presentación a probas de oposición ou cualificación profesional |
|  | Comparecencia ante calquera Administración |
|  | Atención médica, urxencia hospitalaria, accidente ou atención de casos de extrema gravidade, mentres non poden ser resoltos por outro servizos especializados. |
|  | Ampliación de formación persoal,que sexa presencial, durante o tempo imprescindible para a súa realización. |

**Documentación obrigatoria**

[ ]  Volante de empadronamento colectivo

[ ]  Libro de familia

[ ]  DNI do/da solicitante

[ ]  Comprobantes/xustificantes dos motivos polos cales se solicita o servizo.

[ ]  Declaración do IRPF do ano 2022 ou xustificante acreditativo de non ter que presentala, salvo que dita declaración fose presentada no ano en curso, respecto doutras actividades de conciliación.

[ ]  Outros, que se poidan solicitar polo CIM de Boqueixón

Boqueixón \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

Asdo.

**SR. ALCALDE –PRESIDENTE DO CONCELLO DE BOQUEIXÓN**