

**ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL NATALIDAD O ADOPCIÓN****DATOS SOLICITANTE**

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|------------------|-------------------|----------------|
| N.I.F. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | |
| DOMICILIO (Calle y número) | C.P. | LOCALIDAD | TELÉFONO TRABAJO | TELÉFONO MÓVIL |
| PUESTO DE TRABAJO | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | CENTRO DE TRABAJO | |

PERSONA BENEFICIARIA:

| | | | |
|--------|-----------------|------------------|--------|
| N.I.F. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
|--------|-----------------|------------------|--------|

INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

| N.I.F. imprescindible para mayores de 14 | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO | Percibe ingresos SI / NO |
|--|-----------------|------------------|--------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| | | | | CÓNYUGE ⁽¹⁾ | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |

⁽¹⁾INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS: SÍ NO**TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA****NATALIDAD O ADOPCIÓN****DOCUMENTACIÓN**

- Solicitud.
- Fotocopia del Libro de Familia o Documento del Registro Civil donde conste el nacimiento.
- Certificado de la empresa del padre/madre indicando el importe concedido por el mismo concepto, o bien, la no concesión de ayuda.

Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad, comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo a la Administración Pública Regional en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada.

Murcia, a _____ de _____ de 2018
(firma)

Los datos de carácter personal de esta solicitud y de sus documentos anexos se incorporan a un fichero público de titularidad de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, con la finalidad de gestionar este procedimiento y podrán ser cedidos con esta finalidad a otros Órganos de las Administraciones Públicas. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por el solicitante mediante escrito dirigido al responsable del Fichero, a la dirección postal, Avda. Infante Juan Manuel, nº 14 de Murcia de acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal.

- EXCMO. SR. CONSEJERO DE HACIENDA.
 EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTES.
 ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.