



SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCÉSO SELECTIVO DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE EMPLEO AGRARIO - ZONAS RURALES DEPRIMIDAS 2019

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS:		NOMBRE:		DNI:	
DOMICILIO:					
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:
CORREO ELECTRONICO:				TELÉFONO:	
NOMBRE DE OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE SE PRESENTAN AL PROCESO Y PARENTESCO:			PUESTO DE TRABAJO AL QUE OPTA: Peón agrícola		

NÚMERO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

Al efecto de participar en el proceso de selección del Programa de Fomento de Empleo Agrario - Zonas Rurales Deprimidas 2019, por medio de la presente, las personas abajofirmantes **AUTORIZAN** al Ayuntamiento de Canals para que obtenga la información necesaria a la Agencia Estatal de Administración Tributaria para calcular el nivel de Renta de la Unidad Familiar correspondiente al último ejercicio del solicitante.

NOMBRE	DNI	PARENTESCO	EDAD	FIRMA
		Solicitante		

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

- DNI del solicitante
- DNI de los miembros de la unidad familiar que autorizan consultar datos de Renta
- Libro de familia // Certificado de convivencia (en el caso que hayan discrepancias con el libro de familia)
- DARDE del solicitante
- Declaración jurada (unidad familiar, ingresos, participación en el Plan de Empleo en anterior anualidad, percepción de prestación)
- Declaración de Renta de :
.....
- Informe de Vida Laboral // Certificados de Empresa // 3 cupones pagados
- Certificado de encontrarse en situación de desempleo de los miembros de la unidad familiar, en su caso
- Certificado de discapacidad (del solicitante o miembro de la unidad familiar), en el su caso
- Otra documentación:
.....
.....

- Autorizo al Ayuntamiento de Canals a obtener datos del empadronamiento y convivencia.
- Declaro que _____(Sí/No) he trabajado en el anterior Programa de Fomento de Empleo Agrario - Zonas Rurales Deprimidas.
- Declaro que _____(Sí/No) tengo reconocida o percibo prestación o subsidio por desempleo.

A _____, de _____ de 2019

(FIRMA)

Fdo.: _____

"(*) Los datos facilitados en este formulario pasarán a formar parte a un fichero automatizado propiedad del Ayuntamiento de Canals y podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por medio de instancia presentada ante el Registro General de Entrada del Ayuntamiento de Canals."



**SOL·LICITUD PER A PARTICIPAR EN EL PROCÉS SELECTIU DEL PROGRAMA
DE FOMENT D'OCUPACIÓ AGRARI - ZONES RURALS DEPRIMIDES 2019**

DADES DEL SOL·LICITANT:

COGNOMS:	NOM:	DNI:	
DOMICILI:			
LOCALITAT:	PROVINCIA:	DATA DE NAIXIMENT:	EDAT:
CORREU ELECTRONIC:		TELÉFON:	
NOM D'ALTRES MEMBRES DE LA UNITAT FAMILIAR QUE ES PRESENTEN AL PROCÉS I PARENTESC:		LLOC/S DE TREBALL AL/S QUE OPTA: Peó agrícola	

NOMBRE DE MEMBRES DE LA UNITAT FAMILIAR:

A l'efecte de participar en el procés de selecció del Programa de Foment d'Ocupació Agrari - Zones Rurals Deprimides 2019, per mitjà de la present, les persones sotasignants **AUTORITZEN** a l'Ajuntament de Canals per a que obtinga la informació necessària a l'Agència Estatal d'Administració Tributària per a calcular el nivell de Renda de l'Unitat Familiar corresponent a l'últim exercici del sol·licitant.

NOM	DNI	PARENTESC	EDAT	SIGNATURA
		Sol·licitant		

DOCUMENTACIÓ QUE S' ADJUNTA

- DNI del sol·licitant
- DNI dels membres de la unitat familiar que autoritzen consultar dades de Renda
- Llibre de família // Certificat de convivència (en el cas que hi hagen discrepàncies amb el llibre de família)
- DARDE del sol·licitant
- Declaració jurada (unitat familiar, ingressos, participació en el Pla d'Ocupació en anterior anualitat, percepció de prestació)
- Declaració de Renda de :
.....
- Informe de Vida Laboral // Certificats d'Empresa // 3 cupons pagats
- Certificat de trobar-se en situació d'atur dels membres de la unitat familiar, en el seu cas
- Certificat de discapacitat (del sol·licitant o membre de la unitat familiar), en el seu cas
- Altra documentació:
.....
.....

- Autoritze l'Ajuntament de Canals a obtenir dades de l'empadronament i convivència.
- Declare que _____(Si/No) he treballat en l'anterior Programa de Foment d'Ocupació Agrari - Zones Rurals Deprimides.
- Declare que _____(Si/No) tinc reconeguda o percibisc prestació o subsidi per desocupació.

A _____, de _____ de 2019

(SIGNATURA)

Sign.: _____

"(*) Les dades facilitades en este formulari passaran a formar part a un fitxer automatitzat propietat de l'Ajuntament de Canals i podran ser utilitzats pel titular del fitxer per a l'exercici de les funcions pròpies en l'àmbit de les seues competències. De conformitat amb la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de Desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició per mitjà d'instància presentada davant del Registre General d'Entrada de l'Ajuntament de Canals."

IL·LM .SR ALCALDE-PRESIDENT DE L'EXCM. AJUNTAMENT DE CANALS