



CORRESPONSABLES



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE IGUALDAD  
Y PARA LA ERADICACIÓN DE LA VIOLENCIA  
CONTRA LAS MUJERES



**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**  
**CAMPAMENTO URBANO EN ISLA MAYOR**  
**PROYECTO “ISLA MAYOR CONCILIA”**

| 1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (Padre, madre, guardador /a de hecho o tutor/a legal) |  |                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|
| NOMBRE                                                                                  |  | APELLIDOS           |  |
| DNI/NIE/<br>Pasaporte                                                                   |  | DIRECCIÓN           |  |
| CÓDIGO POSTAL                                                                           |  | ACTÚA EN CALIDAD DE |  |
| TELÉFONO/S                                                                              |  | CORREO ELECTRÓNICO  |  |

**EXPONE:** Que cumpliendo los requisitos exigidos en las Bases de la convocatoria del Plan Corresponsables del Ayuntamiento de Isla Mayor, para la participación en el Campamento urbano, dentro del Proyecto “Isla Mayor Concilia”,

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD** que son ciertos los siguientes datos referidos a mi unidad familiar, según se detallan a continuación:

| 2 DATOS DE LA/S PERSONA/S PARTICIPANTE/S                                                                                       |                                                                     |             |                                                                                                      |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR</b>                                                                                       |                                                                     |             |                                                                                                      |                                                                                            |
| <b>PARTICIPANTE 1</b><br>(Cumplimentar con los datos de los/as menores para los/as que se solicita participar en el Programa)  |                                                                     |             |                                                                                                      |                                                                                            |
| NOMBRE                                                                                                                         | 1 <sup>er</sup> APELLIDO                                            | 2º APELLIDO | FECHA<br>NACIMIENTO                                                                                  | SEXO                                                                                       |
|                                                                                                                                |                                                                     |             |                                                                                                      | Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| DIVERSIDAD<br>FUNCIONAL                                                                                                        | Sí <input type="checkbox"/> Grado ____% No <input type="checkbox"/> |             | Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> |                                                                                            |
| ALERGIAS U OTRA CUESTIÓN<br>SANITARIA DE INTERÉS                                                                               |                                                                     |             |                                                                                                      |                                                                                            |
| <b>PARTICIPANTE 2</b><br>(Cumplimentar con los datos de los/as niños/as para los/as que se solicita participar en el Programa) |                                                                     |             |                                                                                                      |                                                                                            |
| NOMBRE                                                                                                                         | 1 <sup>er</sup> APELLIDO                                            | 2º APELLIDO | FECHA<br>NACIMIENTO                                                                                  | SEXO                                                                                       |
|                                                                                                                                |                                                                     |             |                                                                                                      | Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| DIVERSIDAD<br>FUNCIONAL                                                                                                        | Sí <input type="checkbox"/> Grado ____% No <input type="checkbox"/> |             | Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> |                                                                                            |
| ALERGIAS U OTRA CUESTIÓN<br>SANITARIA DE INTERÉS                                                                               |                                                                     |             |                                                                                                      |                                                                                            |

**CORRESPONSABLES**SECRETARÍA DE ESTADO  
DE IGUALDAD  
Y PARA LA ERADICACIÓN DE LA VIOLENCIA  
CONTRA LAS MUJERES**PARTICIPANTE 3**

(Cumplimentar con los datos de los/as niños/as para los/as que se solicita participar en el Programa)

| NOMBRE                                        | 1 <sup>er</sup> APELLIDO                                            | 2 <sup>o</sup> APELLIDO | FECHA NACIMIENTO                                                                                     | SEXO                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               |                                                                     |                         |                                                                                                      | Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| DIVERSIDAD FUNCIONAL                          | Sí <input type="checkbox"/> Grado ____% No <input type="checkbox"/> |                         | Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> |                                                                                            |
| ALERGIAS U OTRA CUESTIÓN SANITARIA DE INTERÉS |                                                                     |                         |                                                                                                      |                                                                                            |

**PARTICIPANTE 4**

(Cumplimentar con los datos de los/as niños/as para los/as que se solicita la Ludoteca)

| NOMBRE                                        | 1 <sup>er</sup> APELLIDO                                            | 2 <sup>o</sup> APELLIDO | FECHA NACIMIENTO                                                                                     | SEXO                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               |                                                                     |                         |                                                                                                      | Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| DIVERSIDAD FUNCIONAL                          | Sí <input type="checkbox"/> Grado ____% No <input type="checkbox"/> |                         | Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> |                                                                                            |
| ALERGIAS U OTRA CUESTIÓN SANITARIA DE INTERÉS |                                                                     |                         |                                                                                                      |                                                                                            |

**3 CIRCUNSTANCIAS DE LA FAMILIA (Márquese con una X si corresponde a alguna opción).**

|                          |                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ambos progenitores o progenitoras se encuentran empleados/as                |
| <input type="checkbox"/> | Uno/a de los/as progenitores/as se encuentra en desempleo                   |
| <input type="checkbox"/> | Monoparental <input type="checkbox"/> Monomarental <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Víctima violencia de género                                                 |
| <input type="checkbox"/> | Numerosa                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | Con otras cargas de cuidado demostrables                                    |
| <input type="checkbox"/> | Personas en búsqueda activa de empleo                                       |
| <input type="checkbox"/> | Diversidad funcional o Dependencia                                          |
| <input type="checkbox"/> | Otras (especificar):                                                        |

**4 TALLERES A LOS QUE SE INSCRIBE (Márquese con una X)**

|                          |                                                                                       |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | TALLERES ISLAKIDS-CREATIVY (7 a 12 años). Lunes a viernes de 10:00 a 13:30h.          |
| <input type="checkbox"/> | TALLERES ISLATEENS-CREATIVITY (12 A 16 AÑOS). Lunes a viernes. Horario por concretar. |
| <input type="checkbox"/> | TALLERES ISLATEENS-GAME (de 12 a 16 años). Lunes a viernes. Horario por concretar.    |

Los talleres IslaTeens-Creativy e IslaTeens-Game se sucederán el uno al otro, por lo que puede realizar la inscripción a ambos talleres si lo desea.

**5 AUTORIZACIÓN FOTOGRAFÍAS**

Autorizo a fotografiar a la persona participante durante todas las actividades desarrolladas en el Campamento urbano, del Plan Corresponsables, pudiendo ser mostradas en los medios de comunicación, redes sociales y página web del Ayuntamiento, dentro de un contexto educativo e informativo.

☐ Sí autorizo☐ No autorizo



**CORRESPONSABLES**



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE IGUALDAD  
Y PARA LA ERADICACIÓN DE LA VIOLENCIA  
CONTRA LAS MUJERES

## 6 AUTORIZACIÓN SALIDAS Y EXCURSIONES

Autorizo bajo mi responsabilidad a que la persona participante pueda realizar cuantas salidas y excursiones se realicen como parte del programa.

☐ Sí autorizo

☐ No autorizo

## 7 AUTORIZACIÓN PARA LA SALIDA DEL/LA MENOR SIN ACOMPAÑANTE:

Autorizo bajo mi responsabilidad a que la persona participante regrese sola a casa tras la finalización de los talleres.

☐ Sí autorizo

☐ No autorizo

## 8 ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD. SOLICITUD, FECHA Y LUGAR.

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, como padre/ madre/ tutor o tutora/ guardador o guardadora, asumo toda la responsabilidad que supone que mi hijo, hija o persona sobre la que ostento la tutela o guarda de hecho asista al Campamento urbano del Plan Corresponsables del Ayuntamiento de Isla Mayor.

**SOLICITO** sea tenida en cuenta la presente solicitud en el proceso de selección que, con cargo a este Plan, realice esta Entidad Local.

Isla Mayor a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

Fdo.:

### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

#### Responsable del tratamiento

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento, titularidad del **Ayuntamiento de Isla Mayor**, con CIF- P4110500H y dirección postal, Plaza García Lorca nº 9-10, CP 41140, Isla Mayor, teléfono 955773000.

#### Finalidad

La finalidad del tratamiento de los datos corresponde a la tramitación de expedientes para la participación en el Campamento urbano dentro del Proyecto "Isla Mayor Concilia", al amparo de lo dispuesto en las bases que regulan el Plan Corresponsables del Ayuntamiento de Isla Mayor, así como para la gestión de incidencias en desarrollo de los mismos.

#### Legitimación.

Consentimiento de la persona interesada (artículo 6.1.a) del RGPD (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento General de Protección de Datos) e Interés público (art. 6.1.e) del RGPD conforme a las competencias que otorga a esta administración local el artículo 26.1.c), de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del Régimen Local.

#### Conservación de datos

Los datos personales proporcionados se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recaban y llegado el caso para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de la finalidad, además de los períodos establecidos en la normativa de archivos y documentación.

#### Comunicación de datos

No se comunicarán los datos personales a otros terceros, salvo obligación legal.

#### Derechos de los interesados

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre los tratamientos que de sus datos se llevan a cabo por el Ayuntamiento de Isla Mayor. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, mediante escrito dirigido al Alcalde del Ayuntamiento de Isla Mayor, en cualquiera de las formas previstas en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

SR. ALCALDE.

AYUNTAMIENTO DE ISLA MAYOR.



**CORRESPONSABLES**



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE IGUALDAD  
Y PARA LA ERADICACIÓN DE LA VIOLENCIA  
CONTRA LAS MUJERES



## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD

- Fotocopia DNI / NIE (tarjeta de identidad de extranjero/a) / Pasaporte de la persona solicitante.
- Fotocopia del libro/s de familia.
- Certificado de empadronamiento de la unidad familiar.

Certificado laboral.

Podrá requerirse documentación adicional, en caso de no considerarse acreditadas las distintas circunstancias alegadas en la solicitud.

No se valorará la documentación no aportada en el plazo de solicitud, salvo la requerida como documentación adicional por el personal técnico del Ayuntamiento de Isla Mayor.

Proyecto subvencionado por la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad , financiado por el Ministerio de Igualdad dentro del marco del Plan Corresponsables y gestionado por el Área de Cohesión Social e Igualdad de la Excma. Diputación Provincial de Sevilla.