

ANEXOS

ANEXO I- Modelo de Solicitud ayudas Acción Social 2024

Sólo utilizar en casos excepcionales previstos en el punto 6 de las Bases

Espacio reservado para Registro de Entrada de la solicitud

--	--

1.- DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE *(deberán cumplimentarse todas las casillas)*

APELLIDOS:	NOMBRE:	N.I.F.:
RELACIÓN LABORAL:	ESTADO CIVIL:	Nº HIJOS A CARGO (ANEXO II):
☐ LABORAL FIJO ☐ LABORAL TEMPORAL ☐ PERSONAL FUNCIONARIO/A CARRERA ☐ PERSONAL FUNCIONARIO/A INTERINO	PUESTO DE TRABAJO:	
ORGANISMO AL QUE COTIZA:	FECHA INICIO EN LA ADMÓN PENITENCIARIA:	
☐ MUFACE ☐ SEGURIDAD SOCIAL	CENTRO PENITENCIARIO:	
	TFNO	e-mail

2-DOCUMENTACIÓN GENERAL OBLIGATORIA PARA TODOS LOS PROGRAMAS (excepto: Fallecimiento, Extraordinarias, Jubilación, Reconocimiento de 25 años de servicio, Estudios Programa UNED y Sanitarias Personal y Familiar):

- La Administración dispone de los datos relativos a INGRESOS y ESTIMACIONES DE INGRESOS de los casos que se encuentren en situaciones administrativas, permisos y licencias que impliquen minoración en las retribuciones del año 2023, por lo que NO ES NECESARIO SU APORTACION POR PARTE DE LOS/AS SOLICITANTES.
- **Documentación general a presentar:**
 - ❖ **Para ayudas personales:**

Para solicitar Ayudas dirigidas al empleado o empleada, excepto Fallecimiento, Extraordinarias, Jubilación, Reconocimiento de 25 años de servicio, Estudios Programa UNED y Sanitarias Personal y Familiar:

 - Certificado/s de ingresos y retenciones el personal funcionario y laboral procedente de otra Administración o Entidad.
 - Certificado/s de ingresos y retenciones de MUFACE/SEGURIDAD SOCIAL en caso de Incapacidad Temporal superior a 3 meses (funcionarios o funcionarias), Incapacidad temporal de larga duración, permiso por parto y paternidad (personal laboral).
 - ❖ **Para ayudas familiares deberá aportar además:**
 - Copia compulsada del/os Libro de familia o registro electrónico individual expedido por Registro Civil. En el caso parejas de hecho, deberán acreditar su unión mediante Certificado de inscripción en los Registros Oficiales de parejas de hecho o Certificado de Convivencia.
 - ANEXO II: Declaración responsable sobre hijos a cargo de la unidad familiar.

3- ÁREA SOCIO-SANITARIA: DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA OBLIGATORIA (Marcar con una cruz las ayudas que solicite)

☐ AYUDAS SANITARIAS Personal Dirigidas a personal que cotiza al Régimen General de Seguridad Social.	- Factura/s por prestaciones sanitarias, a nombre del/de la solicitante especificando el concepto en cualquiera de sus modalidades, donde consten los datos del profesional o centro que haya intervenido, con identificación fiscal, concepto desglosado de los servicios prestados sin enmiendas ni tachaduras, fecha del tratamiento comprendida en el periodo de cobertura, si no coincidiese con la fecha de factura. - En caso de facturas odontológicas especificar orden de pieza/s y tratamiento. Prescripción/graduación del médico oftalmólogo o centro óptico para gafas, sustitución cristales o lentillas. En el caso de lentillas debe especificar el tipo. En caso de ayudas ópticas para baja visión, ayudas prismáticas o lente terapéutica, como para audífono, se requiere informe médico del especialista. En caso de ayuda para celiaquía , se requiere: Informe del médico especialista. ANEXO IV: Declaración responsable de no haber percibido durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el concepto de celiaquía.
☐ AYUDAS SANITARIAS Familiar Hijos/as hasta 18 años (31/12/2023), que sean beneficiarios del solicitante en el Régimen General de Seguridad Social.	-Documentación acreditativa actualizada del derecho a asistencia sanitaria pública solicitada en el INSS donde aparece el/la solicitante y sus beneficiarios/as en el Régimen General de la Seguridad Social. -Factura/s por prestaciones sanitarias, a nombre del/de la solicitante o del/de la causante, especificando el concepto en cualquiera de sus modalidades, donde consten datos del/de la causante del gasto, los datos del profesional o centro que haya intervenido, con identificación fiscal, concepto desglosado de los servicios prestados sin enmiendas ni tachaduras, fecha de tratamiento comprendida en el periodo de cobertura, si no coincidiese con la fecha de factura. Para ayudas dentarias: • En las facturas odontológicas especificar orden de pieza/s y tratamiento. • En caso de ayuda para ortodoncia, presentar: -Factura de especialista en odontología, estomatología o cirugía maxilofacial que haya efectuado el tratamiento o, en su caso, del/la profesional técnico/a en prótesis dental que haya realizado la prótesis o aparato de ortodoncia que deberá acompañarse del informe o factura del especialista que haya realizado el tratamiento. Si el beneficiario ha cumplido 18 años en la fecha de la factura, informe, del facultativo especialista, acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento. Para ayudas oculares: -Prescripción/graduación del médico oftalmólogo o centro óptico para gafas, sustitución cristales o lentillas. En el caso de lentillas debe especificar el tipo. En caso de ayudas ópticas para baja visión, ayudas prismáticas o lente terapéutica, como para audífono, se requiere informe médico del especialista. Para ayudas por celiaquía , se requiere: -Informe del médico especialista. -ANEXO IV: Declaración responsable de no haber percibido en el periodo cobertura, ayudas celiaquía pública o privada.

☐ AYUDAS POR DISCAPACIDAD	-Certificación acreditativa del grado de discapacidad igual o superior al 65% reconocida por el IMSERSO o por el órgano competente de las Comunidades Autónomas para las nuevas solicitudes o si no se hubiera presentado el año anterior por procedimiento telemático. -Factura o certificado que acredite un gasto por servicios NO SUBVENCIONADOS O PRESTADOS por ningún otro Organismo o Entidad, por cuantía no inferior a 400 euros. La fecha de gastos y de la factura debe estar comprendida en el año 2023. -ANEXO IV: declaración responsable de no haber percibido durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el servicio facturado. Cuando la ayuda se solicite para cónyuge/pareja acreditada, ADEMÁS DEBERÁ APORTARSE: -Certificado actualizado, a fecha de presentación de solicitudes, del Órgano competente de las Comunidades Autónomas y Administración Local de no estar percibiendo ningún tipo de prestación, ayuda o servicio. -Los/as solicitantes que coticen por MUFACE/SEGURIDAD SOCIAL deberán presentar un certificado de no percepción de dicha ayuda, tanto del/de la peticionario/a como de su cónyuge o pareja acreditada, si este/a último/a también fuera empleado o empleada de Instituciones Penitenciarias y cotizara a estos regímenes. -Certificado de que el/la causante de la ayuda, no percibe ningún tipo prestación por actividad laboral, subsidio o pensión derivado de la Seguridad Social (referenciado al IPREM del año 2023 (8.400 euros)).
☐ CUIDADO ASCENDIENTES DISCAPACITADOS A CARGO	-Certificación acreditativa del grado de discapacidad igual o superior al 65% o Grado III- Gran Dependencia reconocida por el IMSERSO o por el órgano competente de las Comunidades Autónomas, para las nuevas solicitudes en el plan de la Secretaria General o si no se hubiera presentado el año anterior por procedimiento telemático. -Certificación actualizada de no ser usuario de plaza en Residencia de mayores. -Certificación emitida por MUFACE o SEGURIDAD SOCIAL en la que conste que tanto el peticionario/a como su cónyuge o pareja acreditada (en caso que sean a empleado o empleada de Instituciones Penitenciarias) no son perceptores de la misma ayuda. -Certificado expedido por Seguridad Social o Clases Pasivas donde conste que el/la causante de la ayuda, no percibe ningún tipo prestación por subsidio o pensión o estos fueran iguales o inferiores al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) del año 2023 (8.400 euros). -Fe de Vida y Estado actualizada del/de la ascendiente discapacitado/a o dependiente, a fecha de plazo de presentación de solicitudes. -Certificado de convivencia o empadronamiento familiar donde figuren el/la solicitante, el/la ascendiente discapacitado/a o dependiente y todas las personas que conviven en el domicilio del empleado o empleada durante el periodo de cobertura (año 2023).

4- ÁREA DE APOYO AL BIENESTAR SOCIAL: **DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA OBLIGATORIA (Marcar con una cruz las ayudas que solicite)**

☐ TRANSPORTE SERVICIOS CENTRALES	-Acreditación gasto mediante factura emitida por el Consorcio Regional de Transportes de Madrid o RENFE. En el documento acreditativo del gasto, deberán figurar los datos del empleado o empleada o, en su caso, los datos de identificación del Documento de Transporte presentado.
☐ RECONOCIMIENTO 25 AÑOS	Certificado acreditativo del cumplimiento de los 25 años de servicio efectivo prestado en la Administración Penitenciaria (MODELO 1, de los anexos). Dicho modelo será cumplimentado por la Unidad de personal correspondiente y firmado digitalmente por los siguientes cargos: • En los centros penitenciarios: Director o Directora. • Servicios Centrales: Subdirector/a General de Recursos Humanos o persona que designe.

5.- ÁREA DE FORMACIÓN Y PROMOCIÓN: **DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA OBLIGATORIA (Marcar con una cruz las ayudas que solicite)**

☐ AYUDA PARA ESTUDIOS PROGRAMA UNED (Estudios de experto y máster del Programa de Gestión, Intervención y Administración Penitenciaria de la UNED)	Ninguna. Para la gestión de esta ayuda, se dispone de la información proporcionada por la UNED de los matriculados en el periodo de cobertura.
---	---

☐ PROMOCIÓN INTERNA	-Facturas de gasto ocasionadas en el periodo de cobertura, año 2023. Excepcionalmente , por motivos de retraso en la ejecución de las convocatorias de procesos selectivos correspondientes a Ofertas de Empleo Público, se considerarán, además, las facturas de gasto ocasionadas en el año 2022. - Factura de asistencia a centros académicos y/o de adquisición de material didáctico (Manuales o Libros). En el caso de preparadores particulares, deberá acompañarse, además, fotocopia compulsada de la Agencia Estatal de Administración Tributaria de alta del preparador en el impuesto de actividades económicas.									
☐ EDUCACIÓN INFANTIL (0 a 3 años primer ciclo de Educación Infantil) Hijos/as nacidos/as del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2023.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.</th> <th>Fecha de nacimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento							-Certificado acreditativo del centro educativo, especificando el tiempo de asistencia y pago/s efectivo/s por atención socioeducativa y/o matrícula y/o comedor, durante el periodo de cobertura, por una cantidad no inferior a 200 €. En caso de niños/as nacidos/as en 2020 , que concluyen el primer ciclo de Educación Infantil en 2023, el gasto justificado tiene que ser de enero a agosto , dado que, en septiembre, comienzan Segundo Ciclo de Educación infantil y este no se subvenciona en esta ayuda. Teniendo en cuenta que la concesión de esta ayuda está condicionada a un gasto ocasionado al /a la solicitante o a la unidad familiar, se considera que: -En el caso de separados/as, divorciados/as, solteros/as con hijos/as, el gasto deberá justificarse por cualquier medio que acredite que ha sido realizado por el/la solicitante. -Cuando en los casos mencionados, los/las dos posibles solicitantes pertenezcan a la Secretaría General, y opten a la misma ayuda por el/la mismo/a causante/s, el porcentaje del pago realizado por cada solicitante debe corresponderse con el 50%.
Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento									
☐ AYUDA PARA ESTUDIOS DE HIJOS DE LOS EMPLEADOS/AS (4 a 16 años) Hijos/as nacidos/as del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2019.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.</th> <th>Fecha de nacimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento							Documentación "Específica".- Ninguna
Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento									
☐ AYUDA PARA ESTUDIOS DE HIJOS DE LOS EMPLEADOS (17 A 26 años) Hijos/as nacidos/as del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2006,	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.</th> <th>Fecha de nacimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento							Para Estudios No Universitarios: • Certificado de estar matriculado en estudios oficiales durante el periodo de cobertura, en el que se detalle los estudios (no se admitirán impresos cumplimentados de matrícula y/o solicitudes de plaza). ➢ Los/as causantes que, en el año de cobertura, cursaron bachillerato hasta junio o julio y comenzaron estudios universitarios en septiembre, pueden presentar certificado de 2º de bachillerato en el caso de no poder justificar el gasto universitario establecido en 2023, al ser solicitantes de beca. Para Estudios Universitarios: • Carta de pago o Justificante acreditativo de pago/s realizado/s, en concepto de estudios oficiales (matrícula), durante el periodo de cobertura, por una cantidad no inferior a 200 €, donde consten claramente los estudios objeto de la ayuda, nombre del alumno/a y la fecha efectiva de pago. Pudiendo acreditarse presentando: Recibo bancario ,Impreso de autoliquidación sellado por la entidad bancaria o Estado actualizado del pago de matrícula descargado de la WEB de la Universidad. Teniendo en cuenta que la concesión de esta ayuda está condicionada a un gasto ocasionado al /a la solicitante o a la unidad familiar, se considera que: - En el caso de separados/as, divorciados/as, solteros/as con hijos/as, el gasto deberá justificarse por cualquier medio que acredite que ha sido realizado por el/la solicitante. - Cuando en los casos mencionados, los/las dos posibles solicitantes pertenezcan a la Secretaría General, y opten a la misma ayuda por el/la mismo/a causante/s, el porcentaje del pago realizado por cada solicitante debe corresponderse con el 50%. En caso de hijos/as mayores de 26 años con una discapacidad igual o superior al 33%, deberán presentar, además, copia del certificado oficial y actualizado de discapacidad declarada por el IMSERSO o por el Órgano Competente.
Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento									

LA SOLICITUD DE AYUDA DEBE IR FIRMADA Y LLEVAR FECHA DE REGISTRO. TODAS LAS FOTOCOPIAS DEBEN ESTAR COMPULSADAS.

DECLARO QUE SON CIERTOS CUANTOS DATOS FIGURAN EN LA PRESENTE SOLICITUD: El solicitante y, en su caso, familiares de éste, consienten expresamente en el tratamiento de sus datos de carácter personal, incluidos los relativos a la salud con la exclusiva finalidad de que por la Subdirección General de Recursos Humanos se tramite adecuadamente la solicitud. Los afectados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Subdirección General de Recursos Humanos.

En de de 2024

Fdo.:.....

IMPORTANTE: No se admitirán instancias sin firmar y/o fuera de los plazos establecidos para la presentación de solicitudes.

SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS. Servicio de Relaciones Laborales.

A N E X O - II
DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE HIJOS A CARGO DE LA UNIDAD FAMILIAR
(Obligatorio presentar en las ayudas referidas a hijos)

D/Dª.:

Con N.I.F.....

Relacionar a todos los hijos de 0 a 26 años a fecha 31 de diciembre de 2023, que convivan y dependan económicamente del solicitante, aún cuando alguno/s no sea destinatario de ayuda/s (a efectos de computo en el porcentaje del Baremo).

DECLARO bajo mi responsabilidad que los hijos, que se relacionan a continuación, cumplen ambos requisitos:

1.-Convivencia actual en mi domicilio familiar.

2.-Dependencia económica del solicitante: Se entenderá dependencia económica, cuando el/los hijo/s por el/los que se solicita la ayuda carece/n de ingresos, rentas de trabajo o pensión o éstos fueran iguales o inferiores al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) del año 2023 (8.400 euros euros).

Nombre y apellidos hijos a cargo	Fecha de nacimiento	Grado de Discapacidad

Y para que conste, a efectos de solicitar ayudas de la Acción Social de 2024 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, firmo la presente.

Ena.....de de 2024.

Fdo.:

BAREMO					
PLAN DE ACCIÓN SOCIAL 2024-Secretaría General de Instituciones Penitenciarias					
Cuadro indicativo del orden de prelación conforme a los ingresos brutos del año 2023 del empleado (de menor a mayor) y según el Número de hijo/s a cargo.					
Rentas íntegras	Sin Hijos	Número de Hijos			
personales hasta	ayudas personales	1	2	3	4 o más
Euros	%	%	%	%	%
22.000	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
24.000	91,67	100,00	100,00	100,00	100,00
26.000	84,62	93,08	100,00	100,00	100,00
28.000	78,57	86,43	98,21	100,00	100,00
30.000	73,33	80,67	91,67	100,00	100,00
32.000	68,75	75,63	85,94	99,69	100,00
34.000	64,71	71,18	80,88	93,82	100,00
36.000	61,11	67,22	76,39	88,61	94,72
38.000	57,89	63,68	72,37	83,95	89,74
40.000	55,00	60,50	68,75	79,75	85,25
42.000	52,38	57,62	65,48	75,95	81,19
44.000	50,00	55,00	62,50	72,50	77,50
46.000	47,83	52,61	59,78	69,35	74,13
48.000	45,83	50,42	57,29	66,46	71,04
50.000	44,00	48,40	55,00	63,80	68,20
52.000	42,31	46,54	52,88	61,35	65,58
54.000	40,74	44,81	50,93	59,07	63,15
56.000	39,29	43,21	49,11	56,96	60,89
58.000	37,93	41,72	47,41	55,00	58,79
60.000	36,67	40,33	45,83	53,17	56,83
62.000	35,48	39,03	44,35	51,45	55,00
64.000	34,38	37,81	42,97	49,84	53,28
66.000	33,33	36,67	41,67	48,33	51,67
68.000	32,35	35,59	40,44	46,91	50,15
70.000	31,43	34,57	39,29	45,57	48,71
Estas tablas han sido confeccionadas en base a la fórmula siguiente:					
22.000 euros x 100 dividido por las retribuciones íntegras del empleado/a					
En caso de disfrutar de pabellón los ingresos brutos se multiplicarán por 1'1					
El porcentaje resultante se modifica según el número de hijos:					
Con un descendiente se incrementa en un 10%					
Con dos descendientes se incrementa en un 25%					
Con tres descendientes se incrementa en un 45%					
Con cuatro o más descendientes se incrementa en un 55%					

ANEXO-IV

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS POR DISCAPACIDAD Y/O CELIAQUÍA

D/D^a.:

Con D.N.I.:

➤ **Para solicitudes de la AYUDA POR DISCAPACIDAD:**

DECLARO bajo mi responsabilidad que el cónyuge, pareja acreditada e hijos del empleado público que figuran a continuación **no han percibido durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el servicio facturado.**

Nombre y apellidos por el/los que se solicita la ayuda de Discapacidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Grado Discapacidad

➤ **Para solicitudes de la AYUDA POR CELIAQUÍA:**

DECLARO bajo mi responsabilidad que los causantes de esta ayuda que figuran a continuación **no han percibido** durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el **concepto de celiacúa**.

Nombre y apellidos del Causante por el/los que se solicita la ayuda de Celiacúa	Fecha de nacimiento

Y para que conste a efectos de solicitar dichas ayudas de la Acción Social de 2024 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, firmo la presente.

Ena.....de de 2024.

Fdo.:

MODELO 1-CERTIFICADO 25 AÑOS DE SERVICIO EFECTIVO EN LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA

D/D^a.:

CERTIFICO QUE: D/D^a.:.....

funcionario/a, personal laboral táchese lo que no proceda) del Cuerpo / Categoría de II.PP, con N.I.F., destinado/a en el Centro Penitenciario de....., **ha cumplido 25 años de servicios efectivos en la Institución Penitenciaria durante periodo cobertura:**

<i>El día</i>	<i>del mes</i>	<i>del año</i> 2023
---------------	----------------	----------------------------

(*) No se han tenido en cuenta los periodos de excedencia voluntaria por interés particular, el periodo de suspensión firme ni los servicios prestados en otra Administración.

Y para que conste a efectos de solicitar ayudas de la Acción Social de 2024 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, firmo la presente.

En..... a..... de.....de 2024

Director/a (CCPP)
Subdirector/a Gral. de RR.HH (SSCC)
(Firmar electrónicamente)

AYUDA POR FALLECIMIENTO

REMITIR VIA CORREO ELECTRONICO a relaciones.laborales@dgip.mir.es

(Fallecimiento del empleado o empleada que cotizara al Régimen General de la Seguridad Social estando en situación de servicio activo, durante el periodo de cobertura del Plan. No se podrá solicitar cuando el óbito se produzca con posterioridad a la fecha de efectos de la jubilación).

DATOS DEL CAUSANTE:		
APELLIDOS:	NOMBRE:	D.N.I.
CUERPO/CATEGORÍA PROFESIONAL: ☐ LABORAL FIJO/FIJA ☐ LABORAL TEMPORAL ☐ FUNCIONARIO/A CARRERA ☐ FUNCIONARIO/A PRÁCTICAS ☐ FUNCIONARIO/A INTERINO/A Organismo al que cotiza: ☐ MUFACE ☐ SEGURIDAD SOCIAL	ESTADO CIVIL:	Nº HIJOS A CARGO
	PUESTO DE TRABAJO:	
	ULTIMO CENTRO DE DESTINO:	
FECHA DEL FALLECIMIENTO:	SITUACIÓN EN LA FECHA DEL FALLECIMIENTO: ☐ EN ACTIVO ☐ JUBILADO ☐ EN EXCEDENCIA	

DATOS PARA NOTIFICACIÓN AL CÓNYUGE O PAREJA ACREDITADA:		
APELLIDOS:	NOMBRE:	D.N.I.
DOMICILIO COMPLETO CON CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO DE CONTACTO:	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS: (si no es el cónyuge o pareja acreditada y/o, en caso de ser más de uno, del primero de ellos).			
APELLIDOS Y NOMBRE y DNI	FECHA NACIMIENTO:	PARENTESCO	TELÉFONO DE CONTACTO:
D./D ^a			
.....			
D./D ^a			
.....			
D./D ^a			

En el caso que el beneficiario fuera menor de edad y el tutor legal de este no coincidiera con su progenitor deberá significarlo:

D./D^a.....con D.N.I.:..... número de teléfono de contacto.....

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y remito la documentación general y específica exigida en las bases de convocatoria, que declaro conocer.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE o de su representante debidamente acreditado (art.5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas)

Fdo.:

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Recursos Humanos. Servicio de Relaciones Laborales, c/ Alcalá 38-40, 2ª planta. 28014 Madrid.