

**ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL ESTUDIOS UNIVERSITARIOS****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 <sup>(1)</sup> |                     |                          |
|  |                 |                  |        | HIJO/A                 |                     |                          |
|  |                 |                  |        | HIJO/A                 |                     |                          |

<sup>(1)</sup>INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS:  SÍ  NO

TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA (señale la que corresponda)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| ESTUDIOS UNIVERSITARIOS | <input type="checkbox"/> PRIMERAS MATRÍCULAS  |
|                         | <input type="checkbox"/> RESIDENCIA   |
|                         | <input type="checkbox"/> TRANSPORTE   |
|                         | <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO (SÓLO EN CASO DE MATRÍCULA GRATUITA POR DISCAPACIDAD) |

**DOCUMENTACIÓN**

- Certificado / informe original acreditativo de la matriculación, con expresión del curso y asignaturas que comprende indicando si es primera matrícula o no, e importe de cada asignatura.
- Documentación original acreditativa de los pagos efectuados.
- Fotocopia compulsada del resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación, en su caso, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte o de la Universidad correspondiente.
- Vida laboral del hijo/a beneficiario/a mayor de 18 años expedida por la Seguridad Social.
- Certificado de la empresa del cónyuge indicando el importe concedido por el mismo concepto o la no concesión de ayuda. En caso de que el cónyuge no trabaje o sea autónomo deberá justificar esta situación documentalente (vida laboral). En caso de separación o divorcio, sentencia correspondiente.
- Documento que justifique la tutela, acogimiento o adopción, en su caso.
- Estudios Universitarios homologados en Centros Privados: certificado acreditativo de la homologación.
- Residencia: certificado de admisión en el Colegio Mayor o Residencia, o contrato de arrendamiento, en su caso, y los 3 primeros recibos originales del pago del mismo.
- En el caso de optar al Material Didáctico, aportar documento que justifique que la matrícula gratuita es por la condición de Discapacidad.

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 Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.  
 EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTES.  
 ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.