

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN**

**ANEXO I**

**SOLICITUD DE ESTANCIAS EN EL EXTRANJERO EN EL MARCO DEL PROGRAMA IDIOMAS Y JUVENTUD. CURSO 2.006/07**

DATOS DEL ALUMNO O DE LA ALUMNA SOLICITANTE			
DNI	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Teléfonos de contacto
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Domicilio	Localidad y Código Postal	Provincia	
<b>EXPONE:</b> QUE DURANTE EL CURSO ACTUAL SE ENCUENTRA CURSANDO ESTUDIOS DE:			
<input type="checkbox"/> Ciclo Formativo de Grado Medio <input type="checkbox"/> 1º Bachillerato <input type="checkbox"/> 2º Bachillerato			
EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O ESCUELA DE ARTE _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____			
<b>SOLICITA:</b> SER ADMITIDO/A PARA LA CONVOCATORIA DEL PROGRAMA "IDIOMAS Y JUVENTUD"			
Idioma por el que solicita la ayuda: Si desea solicitar <b>sólo un idioma</b> , marque con un 1 el que corresponda. Si desea solicitarlos todos, indique el orden de preferencia, 1, 2, ó 3 :			
<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> alemán			
<b>A TAL EFECTO DECLARA:</b>			<b>Puntos</b> (a rellenar por la Comisión de selección)
1. QUE ESTÁ ESCOLARIZADO EN UNA SECCIÓN BILINGÜE <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>			
2. QUE LA RENTA ANUAL PERCIBIDA POR LA UNIDAD FAMILIAR DEL O DE LA SOLICITANTE COMPUESTA POR _____ MIEMBROS, EN EL EJERCICIO FISCAL INMEDIATAMENTE ANTERIOR FUE DE _____ EUROS			
3. QUE ACREDITA UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%: EN EL/LA SOLICITANTE <input type="checkbox"/> EN EL PADRE, MADRE O ALGUNO DE SUS HERMANOS O HERMANAS <input type="checkbox"/>			
4. QUE LA CALIFICACIÓN GLOBAL OBTENIDA EN EL CURSO ANTERIOR FUE: <span style="float: right;">SOBRESALIENTE <input type="checkbox"/> NOTABLE <input type="checkbox"/></span>			
5. QUE ESTÁ ESCOLARIZADO EN UN CENTRO AUTORIZADO A DESARROLLAR PLANES DE COMPENSACIÓN EDUCATIVA: <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>			
TOTAL			
<b>DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA:</b>			
ACREDITACIÓN DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>			
<b>INFORMACIÓN DE CARÁCTER TRIBUTARIO:</b>		<b>RELACIÓN DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR COMPUTABLES A EFECTO DE RENTA EXCLUIDO EL ALUMNO O ALUMNA:</b>	
A los efectos de acreditación de la renta per cápita de la unidad familiar, los firmantes declaran responsablemente que cumplen con sus obligaciones tributarias, así como que autorizan expresamente al Órgano competente de la Consejería de Educación y Ciencia para que recabe de la Agencia Estatal de Administración Tributaria la información de carácter tributario del ejercicio fiscal anterior en dos años. Asimismo declaran responsablemente que el o la solicitante no ha recibido beca o ayuda convocada para la misma finalidad procedente de cualquier Administración o Ente público o privado, nacional o internacional, durante los cursos académicos 2001/2002, 2002/2003, 2003/2004 Y 2.004/2.005 y 2.005/2.006.		DNI : _____ APELLIDOS: _____	
		NOMBRE : _____ PARENTESCO: _____ FIRMA: _____	
		DNI : _____ APELLIDOS: _____	
		NOMBRE : _____ PARENTESCO: _____ FIRMA: _____	
		DNI : _____ APELLIDOS: _____	
		NOMBRE : _____ PARENTESCO: _____ FIRMA: _____	
<b>*No rellenar zonas sombreadas</b>			
En _____ a _____ de _____ de 200...			
Firma del padre, madre, representante legal o, en su caso, del o de la solicitante			
<b>SR./SRA. DIRECTOR O DIRECTORA DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA:</b> _____			