



| | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCEDEMENTO SOLICITUDE DE TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA | CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS423A | DOCUMENTO SOLICITUDE NOVA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DATOS DO/A SOLICITANTE

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|-------------------|-----|
| APELIDOS | | NOME | | DNI |
| ENDEREZO | | PROVINCIA | MUNICIPIO | |
| LOCALIDADE | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO | DATA DE NACEMENTO | |
| ESTADO CIVIL | | PROFESIÓN | | |
| SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> NON ACTIVIDADE LABORAL <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> XUBILADO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE (1) <input type="checkbox"/> MINUSVALÍA (2) | | | | |

DATOS DO/A CÓNXUXE

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|--|-----|
| APELIDOS | | NOME | | DNI |
| DATA DE NACEMENTO | ESTADO CIVIL | PROFESIÓN | | |
| SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> NON ACTIVIDADE LABORAL <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> XUBILADO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE (1) <input type="checkbox"/> MINUSVALÍA (2) | | | | |

DATOS DOS/AS FILLOS/AS

| FILLOS CON DEREITO A BENEFICIO RELACIONADOS DE MAIOR A MENOR IDADE | | DATA DE NACEMENTO | IDADE | INGRESOS ANUAIS | INCAPACIDADE * | MINUSVALÍA * |
|--------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|-------|-----------------|----------------|--------------|
| Nome | Apelidos | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DECLARA: Que no día da data, a situación expresada coincide ca que consta no libro de familia e que os fillos computables, ós efectos desta petición viven no domicilio legal, conservan o estado de soltería non teñen outros ingresos que os consignados

(1) Persoas que teñan reducida a súa capacidade de traballo nun grado equivalente ó da incapacidade permanente absoluta ou gran invalidez.

(2) Persoas afectadas por unha diminución da súa capacidade física ou psíquica superior ó 33 %.

* Cando se dé o caso, indicar cun X

SOLICITA:

A expedición do Título de Familia Numerosa, de conformidade co lo previsto na Lei estatal 40/2003.

En

(sinatura do/a interesado/a)

Fdo.:

CONSENTIMENTO:

D./Dna.

DNI

, como proxenitor co que conviven os fillos concebidos no matrimonio con D/Dna.
 consinto, ós efectos do disposto no artigo 2.2.c da Lei estatal 40/2003, en que sexa este último quien figure como titular do título de familia numerosa.

Este consentimento ten carácter definitivo salvo que se produza calquer variación no número dos meus fillos que me dé dereito á obtención dun novo título.

En

(sinatura do/a interesado/a)

Fdo.:

A CUBRIR POLA ADMINISTRACIÓN:

Examinado o expediente e atopándose conforme, expídese o título correspondente, de categoría _____

En _____, a _____ de _____ de 200_____

(asíñese por quen proceda)

(A SECRETARÍA XERAL)

(O/A DELEGADO/A)

DOCUMENTACIÓN A ACHEGAR

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IMPRESO CUBERTO E ASINADO POLO/A SOLICITANTE. | <input type="checkbox"/> NO CASO DE MINUSVALÍA OU INCAPACIDADE, DOCUMENTO ACREDITATIVO. |
| <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA LIBRO DE FAMILIA. | <input type="checkbox"/> NO CASO DE VIUVEZ, SEPARACIÓN OU DEFUNCIÓN, DOCUMENTO XUSTIFICATIVO. |
| <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DO DNI DO SOLICITANTE, NIE, PERMISO DE RESIDENCIA (SÓ NOS CASOS DE EXPEDICIÓN POR PRIMEIRA VEZ E NO CASO DE NON AUTORIZAR A CONSULTA). | <input type="checkbox"/> NO CASO DE EXPEDICIÓN BASADA EN CRITERIOS ECONÓMICOS: COPIA DA ÚLTIMA DECLARACIÓN DO IRPF OU CERTIFICADO DA AEAT ONDE CONSTEN OS INGRESOS. |
| <input type="checkbox"/> PARA OS FILLOS DE 21 AÑOS ATA 25 INCLUSIVE XUSTIFICANTE DE ESTUDOS. | TODAS AS FOTOCOPIAS DEBERÁN ACHEGARSE XUNTO COS ORIXINAIS PARA COTEXAR |

Autorizo á consellería de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, de 23 de outubro e a orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, de 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos meus datos de identidade no Sistema de Verificación de Datos de Identidade do Ministerio de la Presidencia.

SI NON

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais recollidos nesta solicitude incorporanse a un ficheiro, para o seu tratamento, coa finalidade da xestión deste procedemento. Vostede pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na lei, mediante un escrito dirixido á Consellería de Traballo e Benestar como responsable do ficheiro.

LEXISLACIÓN APLICABLE

- Lei estatal 40/2003, do 18 de novembro, de protección ás familias numerosas (BOE 19/11/2003)

SINATURA DO/A SOLICITANTE OU PERSOA QUE O/A REPRESENTA

Lugar y fecha

, de de 200

(A cubrir pola Administración)

RECIBIDO

REVISADO E CONFORME

NÚMERO DE EXPEDIENTE

DATA DE ENTRADA

DATA DE EFECTOS

DATA DE SALIDA