

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

SOLICITANTE EN CALIDAD (<i>señalar con una cruz la opción que corresponda</i>):		Foto
<input type="checkbox"/> EMIGRANTE LEONÉS <input type="checkbox"/> HIJO/A DE EMIGRANTE LEONÉS		

Nombre y apellidos:		
NIF:	Nacionalidad:	
Nº Pasaporte español vigente:	Pasaporte argentino o cubano vigente:	
Dirección (<i>calle, nº piso</i>):		
Ciudad de residencia:	Provincia:	País:
Código Postal:	Teléfono (<i>señalando prefijos</i>):	
Dirección de correo electrónico a efectos de notificación administrativa (*):		

(*): Autorizo para que realicen por medio del correo electrónico facilitado las notificaciones relativas a este procedimiento

(La dirección de correo electrónico será la perteneciente al solicitante)

Fecha Nacimiento:	Edad:	País de Nacimiento:
Ayuntamiento y Localidad de Nacimiento:		
Año de Emigración:	Último año que residió en León:	
Pertenece a un Centro Leonés o Castellano Leonés <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Señalar el Centro Leonés o Castellano Leonés al que pertenece y correo electrónico del Centro Regional:		
Viajes anteriores a España: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	- Señalar último año en el que estuvo en España: - Nº de veces que ha visitado España:	

DATOS DEL ASCENDIENTE/S LEONÉS/ES QUE DA DERECHO A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA (*en caso de no ser el mismo el emigrante*):

NOMBRE Y APELLIDOS:	
Fecha de nacimiento:	Parentesco con el solicitante:
Provincia/Ayuntamiento y localidad de nacimiento:	

FAMILIARES QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROGRAMA AÑORANZA Y RAÍCES EN AÑOS ANTERIORES:

NOMBRES:	PARENTESCO:
----------	-------------

Programa en el que ha participado:	Año:
------------------------------------	------

DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR (*familiares que conviven con el solicitante hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad*):

Deben declarar ingresos, rentas o pensión de cualquier naturaleza de los miembros de la unidad económica familiar y aportar los justificantes. Aquellos miembros que vivan con el solicitante y no tengan ingresos deben justificarlo mediante certificación o declaración jurada de no percibir ingresos.

Parentesco	Nombre y Apellidos	Edad	Ingresos Mensuales (en moneda del país)	Procedencia (sueldo, rentas, jubilación...)
Solicitante				
Número de miembros que componen la unidad económica familiar:				
Total ingresos mensuales unidad económica familiar (<i>en moneda del país</i>)				
Total ingresos anuales de la unidad económica familiar (<i>en moneda del país</i>)				

PERSONA RESPONSABLE EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS:	PARENTESCO:
Dirección:	Teléfono:
E-mail:	

FAMILIARES MÁS PRÓXIMOS EN LA PROVINCIA DE LEÓN U OTRAS PROVINCIAS:

Nombre y Apellidos	Parentesco	Dirección	Teléfono

DECLARA QUE DURANTE UNA PARTE DEL PROGRAMA PUEDE ALOJARSE CON FAMILIARES O AMIGOS (*señalar con una cruz*):

- No
- Sí, especificar que han contactado con ellos y están de acuerdo (*es preciso que los familiares ó amigos aporten el compromiso de acogida antes de la selección de participantes*).

Nombre del familiar/amigo con el que han contactado y teléfono

DECLARACIÓN DE SALUD (*debe aportarse certificado médico antes de la realización del viaje*):

D. /DªDECLARA RESPONSABLEMENTE:

	SÍ/NO
Que me valgo por mí mismo	
Que padezco enfermedad infecto-contagiosa	
Que presento alteraciones del comportamiento que pueden dificultar la convivencia	
Que tengo dificultades para realizar un viaje de larga duración	

¿Necesita algún tratamiento médico?

Indicar tratamiento que sigue:

Alergias.....

Intolerancias alimenticias:

Indicar enfermedades o minusvalías que padece:

Indicar si tiene dificultades para moverse, detallar si precisa silla de ruedas:

.....

Motivos por los que desea participar en el programa:

.....

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

AUTORIZO expresamente a la Diputación de León a realizar todas las notificaciones que afecten a este Programa al correo electrónico que facilito en la solicitud, medio que será utilizado para formular cuantas alegaciones y demás incidencias surjan en relación con la presente solicitud.

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos mencionados en la presente solicitud y acepto las normas del Programa 2017, organizado por la Diputación de León.

En, a ... de de 2019

FIRMA DEL SOLICITANTE

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE LEÓN.