



XUNTA DE GALICIA
PRESIDENCIA
Secretaría General de Emigración

ANEXO II

FOTO DEL/DE LA
SOLICITANTE

PROCEDIMIENTO REENCONTROS NA CASA (ANEXO II/2010)	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO PR926A	DOCUMENTO SOLICITUD
---	---	-------------------------------

APELLIDO 1º	APELLIDO 2º	NOMBRE	NIF
PASAPORTE	CIUDAD DE RESIDENCIA	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO Y PISO)		TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
PROVINCIA DE NACIMIENTO	AYUNTAMIENTO DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
AÑO DE EMIGRACIÓN	ÚLTIMO AÑO QUE ESTUVO EN ESPAÑA	COMUNIDAD AUTÓNOMA EN QUE TUVO LA ÚLTIMA VECINDAD ADMINISTRATIVA	CORREO ELECTRÓNICO
(Cubrir con una X el recuadro que corresponda)			
¿PARTICIPÓ EN PROGRAMAS DE VIAJES A GALICIA DE ESTA SECRETARÍA?	☐ SÍ ☐ NO	AÑO DE PARTICIPACIÓN	TIEMPO ESTIMADO EN DÍAS QUE DESEA PASAR EN GALICIA
			☐ 15 ☐ 30 ☐ 60 ☐ 90
SOLICITANTE EN CALIDAD DE		☐ EMIGRANTE GALLEGO/A ☐ HIJO/A DE EMIGRANTE GALLEGO/A	

CUBRIR SÓLO EN CASO DE SOLICITANTE EN CALIDAD DE HIJO/A DE EMIGRANTE GALLEGO/A, SI EL /LA CÓNUGO, UNIÓN DE HECHO O RELACIÓN ANÁLOGA PRESENTA TAMBIÉN DOCUMENTO DE SOLICITUD INDEPENDIENTE

APELLIDO 1º DEL CÓNUGO	APELLIDO 2º DEL CÓNUGO	NOMBRE DEL CÓNUGO	Nº DEL DNI DEL CÓNUGO

DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR

FAMILIARES QUE CONVIVEN CON EL/LA SOLICITANTE:						
	APELLIDOS	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS MENSUALES (moneda del país)	PROCEDENCIA
1						
2						
3						
4						
INGRESOS MENSUALES DEL/DE LA SOLICITANTE:						
TOTAL INGRESOS MENSUALES DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR:						

PERSONA RESPONSABLE EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

APELLIDOS	NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

FAMILIARES MÁS PRÓXIMOS EN GALICIA

APELLIDOS	NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

DECLARACIÓN DE CONJUNTO DE TODAS LAS SOLICITUDES EFECTUADAS O CONCEDIDAS PARA LA MISMA ACTIVIDAD REALIZADA POR EL/LA SOLICITANTE:

D/Dª		, con NIF nº		
DECLARA:				
☐ Que no tiene solicitado y no se le concedieron ayudas para la misma finalidad de las distintas administraciones públicas competentes o de las entidades vinculadas o dependientes de ellas.				
☐ Que tiene solicitado y se le concedieron (o está pendiente de resolución de concesión) ayudas para la misma finalidad de las distintas administraciones públicas competentes o de las vinculadas o dependientes de ellas.				
☐ Que se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias con la hacienda estatal y autonómica y con la Seguridad Social.				
DENOMINACIÓN DEL ORGANISMO, SOCIEDAD O ENTIDAD PÚBLICA A LA QUE HA SIDO SOLICITADA LA AYUDA		FECHA DE		IMPORTE
		SOLICITUD	CONCESIÓN ⁽¹⁾	

(1) En el caso de estar pendiente la resolución de alguna solicitud, se indicará PENDIENTE en esta columna. En el caso de solicitudes denegadas se hará constar como DENEGADA

EL/LA SOLICITANTE AUTORIZA A LA PERSONA HABILITADA AL EFECTO, DE LA ENTIDAD COLABORADORA SEÑALADA A CONTINUACIÓN, PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD A TRAVÉS DEL REGISTRO TELEMÁTICO DE LA XUNTA DE GALICIA:

ENTIDAD COLABORADORA:

FOTO DEL/DE LA
CÓNYUGE, UNIÓN
DE HECHO O
RELACIÓN
ANÁLOGA DEL/DE
LA SOLICITANTE

DE SER SOLICITANTE EN CALIDAD DE EMIGRANTE GALLEGO:

CUBRIR CON LOS DATOS DEL CÓNYUGE, UNIÓN DE HECHO O RELACIÓN ANÁLOGA DEL/DE LA SOLICITANTE, EN CASO DE QUE DESEE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

APELLIDO 1º	APELLIDO 2º	NOMBRE	NIF
PASAPORTE		CIUDAD DE RESIDENCIA	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO Y PISO)		TELÉFONO	PAÍS
FECHA DE NACIMIENTO		PROVINCIA DE NACIMIENTO	AYUNTAMIENTO DE NACIMIENTO
PAÍS DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO
EN CASO DE HABER RESIDIDO EN ESPAÑA, INDICAR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN QUE TUVO LA ÚLTIMA VECINDAD ADMINISTRATIVA		¿PARTICIPÓ EN PROGRAMAS DE VIAJES A GALICIA DE ESTA SECRETARÍA?	
☐ SÍ ☐ NO		AÑO DE PARTICIPACIÓN	

DECLARACIÓN DE CONJUNTO DEL/DE LA CÓNYUGE, UNIÓN DE HECHO O RELACIÓN ANÁLOGA DEL/ DE LA SOLICITANTE EN CALIDAD DE EMIGRANTE GALLEGO, DE TODAS LAS SOLICITUDES EFECTUADAS O CONCEDIDAS PARA LA MISMA ACTIVIDAD

D/Dª, con NIF nº

DECLARA:

☐ Que no tiene solicitado y no se le concedieron ayudas para la misma finalidad de las distintas administraciones públicas competentes o de las entidades vinculadas o dependientes de ellas.

☐ Que tiene solicitado y se le concedieron (o está pendiente de resolución de concesión) ayudas para la misma finalidad de las distintas administraciones públicas competentes o de las vinculadas o dependientes de ellas.

DENOMINACIÓN DEL ORGANISMO, SOCIEDAD O ENTIDAD PÚBLICA A LA QUE HA SIDO SOLICITADA LA AYUDA	FECHA DE		IMPORTE
	SOLICITUD	CONCESIÓN (1)	

(1) En caso de estar pendiente la resolución de alguna solicitud, se indicará PENDIENTE en esta columna. En caso de solicitudes denegadas se hará constar como DENEGADA

- El/La solicitante y, en su caso, su cónyuge, unión de hecho o relación análoga, presta su consentimiento para incluir y hacer públicos, en el Registro Público de Ayudas, Subvenciones y Convenios y en el Registro Público de Sanciones, creados en el artículo 44 y 45 de la Ley 7/2005, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2006, los datos relevantes referidos a las ayudas y subvenciones recibidas, así como a las sanciones impuestas. Los datos referidos integrarán un fichero cuyo responsable será la Consellería de Economía y Hacienda, ante quien se podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Salvo los casos señalados en el artículo 9.4º del Decreto 132/2006, de 27 de julio, por el que se regulan los registros públicos creados en el artículo 44 y 45 de la Ley 7/2005, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2006, la no autorización de la obtención de datos o su publicidad podrá dar lugar a la exclusión del proceso de participación para obtener la ayuda o subvención o, si procede, al reintegro del importe concedido.

- De conformidad con el artículo 13.4º de la Ley 4/2006, de 30 de junio, de transparencia y de buenas prácticas en la Administración pública gallega, la Secretaría General de la Emigración publicará en su página web, www.galiciaaberta.com, la relación de beneficiarios y el importe de las ayudas concedidas, por lo que la presentación lleva implícita la autorización para el tratamiento necesario de los datos de los beneficiarios y de su publicación en la citada página web.

- En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, se le informa de que los datos personales recogidos en esta solicitud serán incorporados a un fichero para su tratamiento con la finalidad de la gestión de este procedimiento. Si lo desea puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la ley, dirigiendo un escrito a esta consellería como responsable del fichero, en la dirección que figura al pie de esta solicitud.

- El solicitante autoriza expresamente a la Secretaría General de la Emigración en el ámbito de sus competencias a ceder los datos personales a aquellos organismos de la Administración general del Estado con competencias similares en la materia con el fin de colaborar en el ejercicio de las funciones que le sean propias. Así mismo, autoriza a la Secretaría General de la Emigración para que verifique los datos de identidad de los solicitantes.

- La participación en el programa quedará condicionada a la aportación del certificado médico favorable expedido por el médico encargado de los reconocimientos médicos.

- Autoriza a la Secretaría General de la Emigración a ceder los datos a aquellos organismos de la Administración general del Estado con competencias en la materia con el fin del ejercicio de las funciones que les son propias. Así mismo, autoriza a la Secretaría General de la Emigración para que verifique los datos de identidad de los solicitantes.

- El/La solicitante y, en su caso, su cónyuge, unión de hecho o relación análoga, presta su conformidad para que la Secretaría General de la Emigración gestione la participación en el programa.

- El/La solicitante y, en su caso, su cónyuge, unión de hecho o relación análoga, DECLARA BAJO JURAMENTO/PROMESA que son ciertos los datos indicados en la presente solicitud y que reúne todos los requisitos exigidos en la convocatoria del programa *Reencontros na casa*.

, de de 20

(Lugar y fecha)

(Firma del/de la solicitante)

(En su caso, firma del/de la cónyuge del/de la solicitante)

*ANEXO III***CERTIFICADO MÉDICO DEL/DE LA SOLICITANTE**

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA FACULTATIVO/A:			
ESPECIALIDAD:		Nº DE COLEGIADO:	
CERTIFICA QUE:			
D. /Dª			
NECESITA SEGUIR EL SIGUIENTE TRATAMIENTO:			
DEBIDO A:			
Y QUE ES VÁLIDO POR SÍ MISMO, NO PADECE TRASTORNOS PSICOFÍSICOS QUE ALTEREN LA NORMAL CONVIVENCIA Y ESTÁ EN CONDICIONES DE REALIZAR UN VIAJE DE LARGA DURACIÓN.			
FIRMO EL PRESENTE CERTIFICADO EN _____, de _____ de 20____			
(Firma y sello)			

CERTIFICADO MÉDICO DEL/DE LA CÓNYUGE, UNIÓN DE HECHO O RELACIÓN ANÁLOGA DEL/DE LA SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE DEL / DE LA FACULTATIVO/A:			
ESPECIALIDAD:		Nº DE COLEGIADO :	
CERTIFICA QUE:			
D. /Dª			
NECESITA SEGUIR EL SIGUIENTE TRATAMIENTO:			
DEBIDO A:			
Y QUE ES VÁLIDO POR SÍ MISMO, NO PADECE TRASTORNOS PSICOFÍSICOS QUE ALTEREN LA NORMAL CONVIVENCIA Y ESTÁ EN CONDICIONES DE REALIZAR UN VIAJE DE LARGA DURACIÓN.			
FIRMO EL PRESENTE CERTIFICADO EN _____, de _____ de 20____			
(Firma y sello)			

Secretario general de la Emigración