ANNEX III / *ANEXO III*

GENERALITAT VALENCIANA

CERTIFICAT DE RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN ESTADES VACACIONALS DE PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL

CERTIFICADO DE RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN ESTANCIAS VACACIONALES DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / *DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE*

NOM DE L'ENTITAT O RAÓ SOCIAL / *NOMBRE DE LA ENTIDAD O RAZÓN SOCIAL*			DNI / CIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*	
PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO (*)*

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (EN SU CASO) / *DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI	TELÈFON / *TELÉFONO*
ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO* (*)			

C DADES GENERALS DE L'ESTADA / *DATOS GENERALES DE LA ESTANCIA*

Destinació: (Localitat)
Destino: (Localidad) _____

Data: Del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____
Fecha: Del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____

Núm. de places subvencionades:
Núm. de plazas subvencionadas: _____

D CERTIFICAT / *CERTIFICADO*

Que les següents persones amb diversitat funcional han participat en el programa d'estada vacacional a dalt indicat:
Que las siguientes personas con diversidad funcional han participado en el programa de estancia vacacional arriba indicado:

Nª	COGNOMS *APELLIDOS*	NOM *NOMBRE*	DNI	% GRAU DISCAP. *% GRADO DISCAP.*

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / *EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN*

CHAP - IAC
DIN - A4
IA - 22574 - 01 - E

CONSELLERIA D'IGUALTAT I POLÍTIQUES INCLUSIVES. DIRECCIÓ TERRITORIAL D'
CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS. DIRECCIÓN TERRITORIAL DE _____

14/05/18

ANNEX III / *ANEXO III*

GENERALITAT VALENCIANA

CERTIFICAT DE RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN ESTADES VACACIONALS DE PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL

CERTIFICADO DE RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN ESTANCIAS VACACIONALES DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / *DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE*

NOM DE L'ENTITAT O RAÓ SOCIAL / *NOMBRE DE LA ENTIDAD O RAZÓN SOCIAL*			DNI / CIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*	
PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO (*)*

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (EN SU CASO) / *DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI	TELÈFON / *TELÉFONO*
ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO* (*)			

C DADES GENERALS DE L'ESTADA / *DATOS GENERALES DE LA ESTANCIA*

Destinació: (Localitat)
Destino: (Localidad) _____

Data: Del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____
Fecha: Del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____

Núm. de places subvencionades:
Núm. de plazas subvencionadas: _____

D CERTIFICAT / *CERTIFICADO*

Que les següents persones amb diversitat funcional han participat en el programa d'estada vacacional a dalt indicat:
Que las siguientes personas con diversidad funcional han participado en el programa de estancia vacacional arriba indicado:

Nª	COGNOMS *APELLIDOS*	NOM *NOMBRE*	DNI	% GRAU DISCAP. *% GRADO DISCAP.*

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / *EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA*

IA - 22574 - 01 - E DIN - A4 CHAP - IAC

CONSELLERIA D'IGUALTAT I POLÍTIQUES INCLUSIVES. DIRECCIÓ TERRITORIAL D' 14/05/18
CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS. DIRECCIÓN TERRITORIAL DE _____

ANNEX III / *ANEXO III*

GENERALITAT VALENCIANA

CERTIFICAT DE RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN ESTADES VACACIONALS DE PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL

CERTIFICADO DE RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN ESTANCIAS VACACIONALES DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

D CERTIFICAT / *CERTIFICADO*

Nª	COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI	% GRAU DISCAP. / *% GRADO DISCAP.*

I per deixar-ne constància als efectes oportuns, signatura i segella el present document.
Y para que así conste a los efectos oportunos, firma y sella el presente documento.

_____ , ____ d _____ del _____

La persona representant legal / *La persona representante legal*

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

CONSELLERIA D'IGUALTAT I POLÍTIQUES INCLUSIVES. DIRECCIÓ TERRITORIAL D'
CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS. DIRECCIÓN TERRITORIAL DE _____

14/05/18

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / *EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN*
CHAP - IAC
DIN - A4
IA - 22574 - 02 - E

ANNEX III / *ANEXO III*

GENERALITAT VALENCIANA

CERTIFICAT DE RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN ESTADES VACACIONALS DE PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL

CERTIFICADO DE RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN ESTANCIAS VACACIONALES DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

D CERTIFICAT / *CERTIFICADO*

Nª	COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI	% GRAU DISCAP. / *% GRADO DISCAP.*

I per deixar-ne constància als efectes oportuns, signatura i segella el present document.
Y para que así conste a los efectos oportunos, firma y sella el presente documento.

_____ , _____ d _____ del _____

La persona representant legal / *La persona representante legal*

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).