



CONCELLO DE NARÓN

RELACIÓN DE ALUMNADO PARA O QUE
SE SOLICITA O SERVIZO DE
MADRUGADORES
(USUARIOS/AS ESPORÁDICOS/AS)

ANEXO I (S-SOC-51)

Espazo reservado para uso administrativo

ALUMNADO

<i>Persoa física: Nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	<i>DNI</i>	<i>NIE</i>	<i>Outros</i>
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro escolar</i>	<i>Nivel educativo</i>		
	☐ Varón ☐ Muller				

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)
Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)
Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: Nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	<i>DNI</i>	<i>NIE</i>	<i>Outros</i>
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro escolar</i>	<i>Nivel educativo</i>		
	☐ Varón ☐ Muller				

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)
Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)
Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: Nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	<i>DNI</i>	<i>NIE</i>	<i>Outros</i>
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro escolar</i>	<i>Nivel educativo</i>		
	☐ Varón ☐ Muller				

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)
Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)
Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: Nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	<i>DNI</i>	<i>NIE</i>	<i>Outros</i>
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro escolar</i>	<i>Nivel educativo</i>		
	☐ Varón ☐ Muller				

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)
Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)
Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: Nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	<i>DNI</i>	<i>NIE</i>	<i>Outros</i>
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro escolar</i>	<i>Nivel educativo</i>		
	☐ Varón ☐ Muller				

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)
Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)
Data de inicio no servizo:

Á ALCALDÍA DO CONCELLO DE NARÓN