



## AYUDAS COMPLEMENTARIAS DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA A LA MOVILIDAD ERASMUS PARA EL CURSO ACADÉMICO 2015/2016

### IMPRESO DE SOLICITUD

De conformidad con la **Resolución de 9 de noviembre de 2015** de la Universidad de Málaga, por la que se convoca ayuda Complementaria a la Movilidad Erasmus en el curso 2015/2016, se solicita ayuda para el citado curso académico.

#### 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	NIF/NIE:
País:		Nacionalidad:	Género: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Dirección postal particular de residencia:		Nº	Código postal:      Ciudad:
Provincia:	Teléfono:	Móvil:	Correo electrónico:

#### 2. DATOS DE LOS ESTUDIOS A REALIZAR DURANTE EL CURSO 2015/2016

Destino:	País de destino:
Titulación:	Periodo:

#### 3. OBSERVACIONES

------------------

El solicitante declara bajo su responsabilidad que acepta las bases de la convocatoria, que cumple los requisitos exigidos por la misma.

Asimismo, autoriza al Servicio de Becas de la Universidad de Málaga a obtener de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria la información que resulte precisa para la determinación de la renta de la unidad familiar.

En                      a                      de                      de 2015

Firma del solicitante

**SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA;** Registro General de la Universidad de Málaga. 20971 MÁLAGA (a presentar en la Universidad de Málaga o por cualquier otro medio establecido en el art.º 38.4 Ley 30/92)

De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 5/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos solicitados en este impreso son necesarios para la tramitación de la solicitud y podrán ser objeto de tratamiento automatizado. La responsabilidad del fichero automatizado corresponde a la Universidad de Málaga. Los solicitantes de las becas, como cedentes de los datos podrán ejercer ante la Secretaría General de la Universidad de Málaga los derechos de información, acceso, rectificación y cancelación a los que se refiere el Título III de la citada Ley 5/1999, sin perjuicio de lo dispuesto en otra normativa que ampare los derechos como cedentes de los datos de carácter personal.

**DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2014 (MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE RESIDEN EN EL MISMO DOMICILIO)**

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO/A? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD (INDIQUE SI O NO)	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante .....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	XXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutora	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	XXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

(1) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVO/A; D) DESEMPLEADO/A; I) INVALIDEZ; J) JUBILADO/A; M) AMA/O DE CASA.  
 (2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

**SITUACIONES DECLARADAS POR EL/LA SOLICITANTE**  
 MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUE LA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRIRÁN A 31 DE DICIEMBRE DE 2014.

CONDICION DE FAMILIA NUMEROSA : GENERAL   
 ESPECIAL

CONDICION DE DISCAPACIDAD(\*). GRADO DE DISCAPACIDAD Igual o superior a 33%  Nº afectados/as .....  
 Igual o superior a 65%  Nº afectados/as .....

UNIVERSITARIOS/AS ESTUDIANTES FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR A 31 DE DICIEMBRE DE 2013  
 (HERMANOS/AS DEL SOLICITANTE Y EL PROPIO SOLICITANTE, EN SU CASO) (Indique número) .....

ORFANDAD ABSOLUTA DEL/DE LA SOLICITANTE

(\* Referida al hermano/a o hijo/a del/de la solicitante o el/la propio/a solicitante. Indique número de personas de la familia afectadas

A FIRMAR POR TODOS/AS LOS/AS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Los/as abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener, a través de las administraciones correspondientes, los datos necesarios para determinar su identificación, así como la renta y patrimonio familiar a efectos de beca.

Firmas:  
 Padre del/de la solicitante    Madre del/de la solicitante    Solicitante    Otros miembros: .....