

 GENERALITAT VALENCIANA	 IVAJ Institut Valencià de la Joventut	SOL·LICITUD DE DEVOLUCIÓ D'INGRESSOS DE TALLERS D'IDIOMES SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE INGRESOS DE TALLERES DE IDIOMAS	
<input type="checkbox"/> Modalitat A Modalidad A		<input type="checkbox"/> Modalitat B Modalidad B	
A DADES DEL PARTICIPANT / DATOS DEL PARTICIPANTE			
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI/PASSAPORT / DNI/PASAPORTE
ADREÇA		CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	DATA NAIXEM. / FECHA NACIM.
TELÈFON / TELÉFONO	TELÈFON MÒBIL / TELÉFONO MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	IDIOMA <input type="checkbox"/> Valencià Valenciano <input type="checkbox"/> Castellà Castellano
B DETALLS DE LA RESERVA / DETALLES DE LA RESERVA			
ACTIVITAT / ACTIVIDAD	LOCALITZADOR / LOCALIZADOR	DATES / FECHAS	PLAÇA ADJUDICADA PLAZA ADJUDICADA
C PAGAMENT REALITZAT (adjuntar justificant d'ingrés) PAGO REALIZADO (adjuntar justificante del ingreso)			
DATA / FECHA		IMPORT / IMPORTE	
1)			
D SOL·LICITUD / SOLICITUD			
<p>D'acord amb la base 10 de la resolució de convocatòria del programa de Tallers d'idiomes, per la qual es regulen les renúncies i terminis: La persona o entitat que firma la present renúncia a la plaça de la reserva pels motius exposats a continuació (marcar amb una creu on corresponga)</p> <p>De acuerdo con la base 10 de la resolución de convocatoria del programa de Talleres de idiomas, por la que se regulan las renunciaciones y plazos: La persona o entidad que firma la presente renuncia a la plaza de la reserva por los motivos expuestos a continuación (marcar con una cruz donde corresponda)</p>			
<p>a) Malaltia del participant que li impedisca assistir a l'activitat. En este cas, haurà d'adjuntar un certificat mèdic oficial, emplenat i firmat, o informe hospitalari.</p> <input type="checkbox"/> Enfermedad del participante que le impida asistir a la actividad. En este caso, deberá adjuntar un certificado médico oficial, cumplimentado y firmado, o informe hospitalario.			
<p>b) Malaltia o mort d'un familiar fins a segon grau de consanguinitat o afinitat. En este cas, s'haurà d'adjuntar un certificat mèdic degudament emplenat i signat.</p> <input type="checkbox"/> Enfermedad o muerte de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad. En este caso, deberá adjuntar un certificado oficial debidamente cumplimentado y firmado.			
<p>c) Suspensió de l'activitat per part de l'IVAJ.</p> <input type="checkbox"/> Suspensión de la actividad por parte del IVAJ.			
<p>d) Altres causes de força major, degudament justificades.</p> <input type="checkbox"/> Otras causas de fuerza mayor, debidamente justificadas.			

 GENERALITAT VALENCIANA	 IVAJ Institut Valencià de la Joventut	SOL·LICITUD DE DEVOLUCIÓ D'INGRESSOS DE TALLERS D'IDIOMES SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE INGRESOS DE TALLERES DE IDIOMAS	
<input type="checkbox"/> Modalitat A Modalidad A		<input type="checkbox"/> Modalitat B Modalidad B	
A DADES DEL PARTICIPANT / DATOS DEL PARTICIPANTE			
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI/PASSAPORT / DNI/PASAPORTE
ADREÇA		CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	DATA NAIXEM. / FECHA NACIM.
TELÈFON / TELÉFONO	TELÈFON MÒBIL / TELÉFONO MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	IDIOMA <input type="checkbox"/> Valencià / Valenciano <input type="checkbox"/> Castellà / Castellano
B DETALLS DE LA RESERVA / DETALLES DE LA RESERVA			
ACTIVITAT / ACTIVIDAD	LOCALITZADOR / LOCALIZADOR	DATES / FECHAS	PLAÇA ADJUDICADA / PLAZA ADJUDICADA
C PAGAMENT REALITZAT (adjuntar justificant d'ingrés) / PAGO REALIZADO (adjuntar justificante del ingreso)			
DATA / FECHA		IMPORT / IMPORTE	
1)			
D SOL·LICITUD / SOLICITUD			
<p>D'acord amb la base 10 de la resolució de convocatòria del programa de Tallers d'idiomes, per la qual es regulen les renúncies i terminis: La persona o entitat que firma la present renúncia a la plaça de la reserva pels motius exposats a continuació (marcar amb una creu on corresponga)</p> <p><i>De acuerdo con la base 10 de la resolución de convocatoria del programa de Talleres de idiomas, por la que se regulan las renunciaciones y plazos: La persona o entidad que firma la presente renuncia a la plaza de la reserva por los motivos expuestos a continuación (marcar con una cruz donde corresponda)</i></p>			
<p>a) Malaltia del participant que li impedisca assistir a l'activitat. En este cas, haurà d'adjuntar un certificat mèdic oficial, emplenat i firmat, o informe hospitalari.</p> <input type="checkbox"/> <i>Enfermedad del participante que le impida asistir a la actividad. En este caso, deberá adjuntar un certificado médico oficial, cumplimentado y firmado, o informe hospitalario.</i>			
<p>b) Malaltia o mort d'un familiar fins a segon grau de consanguinitat o afinitat. En este cas, s'haurà d'adjuntar un certificat mèdic degudament emplenat i signat.</p> <input type="checkbox"/> <i>Enfermedad o muerte de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad. En este caso, deberá adjuntar un certificado oficial debidamente cumplimentado y firmado.</i>			
<p>c) Suspensió de l'activitat per part de l'IVAJ.</p> <input type="checkbox"/> <i>Suspensión de la actividad por parte del IVAJ.</i>			
<p>d) Altres causes de força major, degudament justificades.</p> <input type="checkbox"/> <i>Otras causas de fuerza mayor, debidamente justificadas.</i>			

E DADES DE L'ENTITAT BANCÀRIA / DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

TITULAR										NIF (1)						
CODI IBAN CÓDIGO IBAN			CODI ENTITAT CÓDIGO ENTIDAD			CODI OFICINA CÓDIGO OFICINA			D.C.		NÚMERO COMPTE NÚMERO DE LA CUENTA					

F DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Declara que són certes les dades esmentades que identifiquen el compte i l'entitat financiera a través dels quals desitja rebre els pagaments.
 Declara que son ciertos los datos indicados, que identifican la cuenta y la entidad financiera a través de las cuales desea recibir los pagos.

_____ , ____ d _____ de

La persona participant / La persona participante

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÒRGANO COMPETENTE

(1) Adjunteu la fotocòpia del NIF del titular.
Adjuntar la fotocopia del NIF del titular.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este 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 14/12/1999).

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 14/12/1999).

E DADES DE L'ENTITAT BANCÀRIA / DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

TITULAR										NIF (1)									
CODI IBAN CÓDIGO IBAN			CODI ENTITAT CÓDIGO ENTIDAD			CODI OFICINA CÓDIGO OFICINA			D.C.		NÚMERO COMPTE NÚMERO DE LA CUENTA								

F DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Declaro que són certes les dades esmentades que identifiquen el compte i l'entitat financiera a través dels quals desitja rebre els pagaments.
Declaro que son ciertos los datos indicados, que identifican la cuenta y la entidad financiera a través de las cuales desea recibir los pagos.

_____, ____ d _____ de

La persona participant / La persona participante

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

(1) Adjunteu la fotocòpia del NIF del titular.
Adjuntar la fotocopia del NIF del titular.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este 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 14/12/1999).

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 14/12/1999).