



Ajuntament de
Massanassa



**GENERALITAT
VALENCIANA**
Vicepresidència i Conselleria
d'Igualtat i Polítiques Inclusives



SISTEMA PÚBLICO
VALENCIANO DE
SERVICIOS SOCIALES



CORRESPONSABLES



BIENESTAR SOCIAL

SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Unidad de Igualdad

SERVICIO CONCILIA MASSANASSA
DECLARACIÓN RESPONSABLE

Yo, D. /D^a. _____, con DNI/NIE/PASAPORTE
núm. _____, vecino/a del municipio de Massanassa con domicilio ubicado en:
_____.

Declaro responsablemente:

1. Que soy progenitor/a de mis hijas e hijos menores de entre 3 a 16 años,
-
-
-
-
-
2. Que presento necesidades de conciliación para poder cubrir la atención que requieren mis hijos/as menores de edad debido a:
___ Asistencia al puesto de trabajo hasta las _____.
___ Asistencia a tratamiento médico-sanitario hasta las _____.
___ Búsqueda activa de empleo y/o la formación para la mejora de la empleabilidad.
3. Que necesito que mis hijos/hijas menores de edad relacionados en el punto 1 asistan al servicio Concilia en el centro educativo _____ los siguientes días de la semana y hasta las siguientes horas:

___ Lunes, hasta las _____
___ Martes, hasta las _____
___ Miércoles, hasta las _____
___ Jueves, hasta las _____
___ Viernes, hasta las _____

Lo que firmo a los efectos oportunos, en Massanassa a ___ de _____ de 2023.

FDO. _____