

## **SOLICITUD “CONCILIACIÓN EN DÍAS NO LECTIVOS: VACACIONES DE NAVIDAD 2025/2026”. ÁREA DE IGUALDAD**

**Descripción:** Servicio de cuidado y acompañamiento infantil **gratuito para niños y niñas de 3 a 12 años**, dirigido únicamente a:

- **Mujeres usuarias del recurso de atención del Área de Igualdad**, que tendrán preferencia y serán directamente derivadas por las profesionales del equipo de atención.
- **Familias monoparentales** (familia formada sólo por una madre o por un padre y sus hijas/os).
- **Sólo si hubiera disponibilidad de plazas por no llegar a cubrirlas**, se abrirá a **familias en situación de vulnerabilidad social y/o económica<sup>1</sup>**.

**Fechas:** 22, 23, 26, 29 y 30 de diciembre de 2025 y 2, 5, 6 de enero de 2026.

**Horario:** entre las 9:00 y las 14:00 horas. Se puede hacer uso del servicio durante horas concretas o jornada completa, según necesidades.

**Cómo hacer la solicitud:** se puede hacer on line, enviando el formulario a [cigualdad@mostoles.es](mailto:cigualdad@mostoles.es), o en persona en C/Ricardo Medem 27, 2<sup>a</sup> planta, en horario de 9:00 a 14:00 h. de lunes a viernes, y de 16:30 a 18:00 h. de lunes a jueves. Se puede llamar por teléfono, en el mismo horario, al **91 664 76 10** para cualquier duda.

**Número de plazas disponibles:** 14, más cuatro en reserva para utilización del espacio por parte de usuarias del Área que tengan cita y no hayan reservado con antelación.

### **Información importante:**

1. Este servicio está financiado por el Plan Corresponsables, que gestiona la Comunidad de Madrid con las entidades locales y que pertenece al Ministerio de Igualdad.
2. Se aceptarán las solicitudes según orden de llegada y siempre que cumplan el perfil. En el caso de familias en situación de necesidad social y/o económica, que no sean monoparentales ni usuarias del recurso del Área, su solicitud será guardada y se mantendrá a la espera de saber si hay plazas disponibles una vez terminado el periodo de solicitud.
3. En todo momento habrá dos profesionales en educación infantil gestionando el espacio.
4. Las personas encargadas de gestionar el espacio se pondrán en contacto vía telefónica con las familias admitidas, a fin de explicarles el funcionamiento del servicio y lo que tiene que traer cada menor.
5. En ningún caso se proporcionará alimentos a los y las menores por parte del servicio. Cada menor deberá traer consigo el almuerzo o desayuno que vaya a tomar, en el horario establecido para ello dentro del calendario de actividades que se proponga. Dicho calendario se pondrá a disposición de las familias.
6. La falta de asistencia durante más de dos días consecutivos, sin su justificación correspondiente, dará lugar a la cobertura de esa plaza por otra persona que esté en lista de espera.
7. Es imprescindible firmar a la llegada y a la recogida de cada menor, indicando nombre y apellidos de la persona autorizada. Deberán presentar DNI en el momento de la recogida obligatoriamente. No se entregarán menores a quienes no se haya autorizado previamente. En ningún caso podrán recoger a menores personas menores de 18 años.

<sup>1</sup> Situación que será valorada por el personal del Área y comprobada mediante la aportación de la documentación correspondiente.

## MENORES PARA QUIENES SE SOLICITA EL USO DEL ESPACIO

### DATOS DEL/LA MENOR 1

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**Enfermedades a tener en cuenta:** Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Autoriza para suministrar al/la menor algún tipo de medicación?: En caso afirmativo, ha de cumplimentar el [modelo de consentimiento de medicación anexo](#)

¿Presenta necesidades educativas especiales o algún tipo de diversidad funcional? Especifique:

### DATOS DEL/LA MENOR 2

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**Enfermedades a tener en cuenta:** Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Autoriza para suministrar al/la menor algún tipo de medicación?: En caso afirmativo, ha de cumplimentar el [modelo de consentimiento de medicación anexo](#)

¿Presenta necesidades educativas especiales o algún tipo de diversidad funcional? Especifique:

### DATOS DEL/LA MENOR 3

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**Enfermedades a tener en cuenta:** Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Autoriza para suministrar al/la menor algún tipo de medicación?: En caso afirmativo, ha de cumplimentar el [modelo de consentimiento de medicación anexo](#)

¿Presenta necesidades educativas especiales o algún tipo de diversidad funcional? Especifique:

### DATOS DE MADRE/PADRE O /TUTOR/A LEGAL

Sólo en caso de familias que no sean monoparentales ni usuarias del recurso del Área, se tendrá que indicar nombre y apellidos de ambas personas progenitoras.

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	E-MAIL	TELÉFONO

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_



**Por favor, indique si se encuentra en alguna de las circunstancias que se especifican a continuación:**

- Familia monoparental (madre sola o padre solo). Adjuntar copia del libro de familia.
- Usaria de los recursos específicos de atención del Área de Igualdad (no es necesario adjuntar nada).
- Familia en situación de necesidad socio económica que no está ninguna de las anteriores situaciones. En este caso, sólo si no se cubren plazas con los perfiles anteriores, el personal del Área se pondrá en contacto para solicitar la documentación pertinente que justifique la necesidad.

**DÍAS O SEMANAS QUE SOLICITA.** Por favor, marque con una cruz los días solicitados y el horario que necesita cubrir:

X	Día	Horario:
	22 diciembre	
	23 diciembre	
	26 diciembre	
	29 diciembre	
	30 diciembre	
	2 enero	
	5 enero	
	6 enero	
	7 enero	

#### PERSONA/S AUTORIZADA/S PARA RECOGER AL/LA MENOR

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

#### Consentimiento para el tratamiento de la imagen y/o voz del/la menor

Ha de cumplimentar obligatoriamente [modelo de consentimiento anexo](#).

#### Observaciones. Añada lo que considere oportuno:

**Responsable del tratamiento:** Ayuntamiento de Móstoles con NIF: P2809200E, domicilio en Plaza España 1, -28934, Móstoles (Madrid) y teléfono 91 664 75 00. | **Finalidad:** gestionar su inscripción y participación en el espacio lúdico educativo para facilitar la conciliación de la vida familiar. La autorización para el tratamiento de la imagen se dispondrá en documento anexo. | **Legitimación:** El tratamiento se basa en el artículo 6.1.e) del RGPD: interés público. | **Plazos de conservación:** Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. | **Destinatarios:** No están previstas comunicaciones adicionales a terceros salvo obligación legal. | **Derechos:** Puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, cuando procedan, ante Ayuntamiento de Móstoles - Plaza de España, 1 – 28934 Móstoles (Madrid), indicando en el asunto: Ref. Protección de Datos o a través de la Sede Electrónica: mostoles.es/sede\_electronica/es. | **Autoridad de Control:** Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 28001 Madrid – Sede electrónica: sedeagpd.gob.es | **Delegado de Protección de datos:** Para aclarar cualquier duda o cuestión en materia de protección de datos o presentar una reclamación puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos del Ayuntamiento: [dpd@aytmostoles.es](mailto:dpd@aytmostoles.es).

En Móstoles, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025

FDO (firma de responsable legal)