ANEXO I

Solicitud de los progenitores o personas que ejerzan la tutoría legal de inclusión en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria

D/Dña. (nombre del padre/madre o tutor) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en la calle/avenida/plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Padre / Madre / tutor legal del alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y escolarizado/a en el centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, grupo \_\_\_\_\_\_\_, sito en calle/avenida/plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

JUSTIFICA con el correspondiente informe médico la imposibilidad de su hijo/a para asistir con regularidad a las clases en su Centro Escolar por un periodo superior a 30 días y

SOLICITA que se incluya al alumno/a en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria, en modalidad (rodear la opción deseada) PRESENCIAL / VIRTUAL durante el período de convalecencia, que, de acuerdo con el informe médico, puede prolongarse durante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días.

(En caso de convalecencias superiores a 2 meses, el Servicio competente en materia de diversidad podrá requerir nuevo informe médico actualizado cada mes)

COMPROMETIÉNDOSE A:

1. Respetar el horario acordado, avisando con la suficiente antelación cuando por causas debidamente justificadas, el alumno no pueda recibir el apoyo.
2. Asegurar la permanencia de algún familiar mayor de edad en el domicilio durante dicho horario.
3. Proporcionar un lugar y condiciones adecuados en el domicilio para llevar a cabo el trabajo docente.
4. Cumplir con las medidas higiénico-sanitarias determinadas por la normativa

NOTIFICACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO:

(Téngase en cuenta que para acceder a la notificación electrónica será necesario disponer de un DNI electrónico o disponer de uno de los certificados reconocidos por el Gobierno de la Rioja)

Deseo ser notificado/a de forma electrónica y

Dispongo de una dirección electrónica habilitada en el sistema de notificaciones electrónica del Gobierno de La Rioja.

NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el sistema de notificaciones electrónica del Gobierno de La Rioja por lo que solicito el alta en el referido sistema señalando a estos efectos la dirección de correo electrónico indicada para el aviso de la puesta a disposición de la notificación.

Deseo ser notificado/a mediante correo postal en la siguiente dirección:

TIPO DE VÍA: CALLE, AVENIDA, PLAZA, ETC.

…………………………………………………………………………….

NÚMERO ESCALERA PISO LETRA LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL PROVINCIA

……………. ………… ……… ……….. …………..……………….. ………………… ……………………….

|  |
| --- |
| Información sobre protección de datos |
| Responsable del tratamiento de sus datos  Identidad: Dirección General de Innovación Educativa.  Dirección: C/ Marqués de Murrieta, 76 Ala Oeste, Planta Baja. 26071 Logroño (La Rioja)  Teléfono: 941 291100  Correo e-: dg.innovacioneducativa@larioja.org  Delegado de Protección de datos:  Identidad: Secretaría General Técnica de la Consejería de Hacienda y Administración Pública.  Contacto: C/ Vara de Rey, 1 - 26071 Logroño (La Rioja)  Teléfono: 941 291100  Correo e-: delegadapd@larioja.org |
| Finalidad del tratamiento de sus datos  Tratamos la información facilitada con el fin de tramitar la solicitud del Programa de Atención Educativa Domiciliaria |
| Tiempo de conservación de sus 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. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación. |
| Legitimación para el tratamiento de sus datos  El interesado da su consentimiento con la firma del Anexo I presentado en el centro educativo para recabar, tratar e intercambiar entre profesionales datos personales para la realización y seguimiento del PAED. |
| Destinatarios de las cesiones (en su caso)  No se cederán los datos a terceros, salvo obligación legal. |
| Derechos  Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación por parte de la Consejería de Educación, Cultura, Deporte y Juventud sobre si sus datos se están tratando o no y, en caso afirmativo, a acceder a los mismos, a solicitar la rectificación de los datos inexactos que les conciernan, o a solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos no sean necesarios para los fines que fueron recogidos o cuando los datos deban suprimirse en cumplimiento de una obligación legal.  Si concurren determinadas condiciones, el interesado podrá solicitar la limitación del tratamiento de los datos que únicamente serán conservados para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones.  Asimismo, podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Más información en [www.aepd.es](http://www.aepd.es) |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO II

Informe médico

El/La Doctor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con Número de Colegiado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y ejercicio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMA QUE:

el paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que está siendo atendido en el Servicio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Centro de Salud, Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

no podrá asistir a su centro educativo durante un tiempo previsible de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días por los siguientes motivos (justificar motivos de enfermedad, convalecencia, etc.):

Lo que se justifica a los efectos de que pueda ser incluido en el programa de atención educativa domiciliaria.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

(Firma y sello)

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(En caso de convalecencias superiores a 2 meses, la Dirección General de Innovación Educativa podrá requerir nuevo Anexo II actualizado cada mes)

ANEXO III

Autorización de los progenitores o personas que ejerzan la tutoría legal y designación de personas responsables

D/Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, padre / madre o tutor legal del alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autoriza a D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a personarse en el domicilio familiar, sito en C/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

para prestar la atención educativa domiciliaria solicitada para el mencionado alumno en el siguiente horario:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
|  |  |  |  |  |

En relación con la prestación del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, la persona o personas mayores de edad que permanecerán en el domicilio durante la prestación del Servicio de atención educativa domiciliario son:

D. / Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. / Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. / Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y asegura que siempre estarán presentes en el domicilio mientras el maestro asignado preste la atención educativa domiciliaria, asumiendo cualquier responsabilidad civil o penal por circunstancias que pudieran originarse durante la prestación del servicio no atribuibles a comisión de falta, delito, dolo o negligencia por parte del maestro.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO IV

Solicitud del centro para participar en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria

El alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Escolarizado/a en el Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el curso \_\_\_\_\_\_\_\_, ha solicitado ser incluido en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria en modalidad PRESENCIAL / VIRTUAL (rodear la opción seleccionada). Desde el centro educativo se considera que, dadas las características del alumno, dicho apoyo puede repercutir en su evolución escolar FAVORABLEMENTE.

OBSERVACIONES (aspectos relativos al contexto familiar y social, desarrollo personal y educativo del alumno, profesorado que interviene con el alumno, etc.):

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Vº Bº del Director/a El/la profesor/a tutor/a

Sello del Centro

Firmado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firmado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO V

Planificación de la atención educativa domiciliaria

Nombre y apellidos del alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del alumno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio en C/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro en el que está escolarizad@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor/a del PAED \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI del profesor/a del PAED \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | **A1** |
|  | **A2** |

Grupo profesional del profesor del PAED (señalar con una X)

Días y horario de atención domiciliaria:

Observaciones:

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Fdo. (Profesor/a del PAED): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO VI

Informe diario de supervisión de asistencia del maestro en el domicilio

D./Dña. (profesor/a del PAED) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI del profesor/a del PAED \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | **A1** |
|  | **A2** |

Grupo profesional del profesor/a del PAED (señalar con una X)

Nombre del alumno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro en el que está escolarizado/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Hora inicio** | **Hora final** | **DNI y firma del profesor/a** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

NOTA: ESPECIFICAR EL DÍA Y HORA DE LA COORDINACIÓN

Breve descripción de los contenidos trabajados:

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Responsable legal Profesor o profesora del PAED Director o Directora del

del alumno o alumna centro

VºBº

Firmado: Firmado: Firmado:

ANEXO VII

Informe final del profesor sobre la prestación del PAED

Nombre del alumno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del alumno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio en C/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número\_\_\_\_\_\_ Piso\_\_\_\_\_ Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro en el que está escolarizado/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor/a del PAED \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la atención domiciliaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de finalización de la atención domiciliaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Días y horario de atención domiciliaria:

Actitud del alumno/a:

Actitud de los progenitores o personas que ejerzan la tutoría legal:

Colaboración de los profesores del alumno/a:

Objetivos alcanzados:

Problemas detectados:

Valoración de resultados:

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Fdo. (Profesor/a del PAED): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_