



Comunidad de Madrid

AUTORIZACIÓN CONSULTA AL REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES

D./D^a. _____

Con D.N.I. _____ ,

Funcionario docente perteneciente al cuerpo de _____

Forma de Obtención (*marcar lo que proceda*): Concurso – Reingresado – Comisión Servicios – Prácticas.

AUTORIZO a la Comunidad de Madrid para realizar los trámites necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en el artículo 13.5 de la L.O. 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor en relación con el desempeño de los puestos de trabajo en los que proceda, incluyendo la comprobación del **Documento Nacional de Identidad**, para lo cual indico los siguientes datos:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):			
País de nacimiento:		País de nacionalidad:	
Comunidad Autónoma:		Provincia:	
Municipio:			
Nombre del padre:		Nombre de la madre:	
Sexo: (<i>Marcar con una X lo que proceda</i>)	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino

Leganés, _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: _____

NOTA: Adjuntar copia del Documento Nacional de Identidad junto a esta autorización.