

ÁREA DE ESTUDIANTES

Unidad de Becas y Ayudas a la Movilidad

SOLICITUD DE AYUDA PARA EL SERVICIO DE IDIOMAS, UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE CURSO 2025/2026

1	Datos del Solicitante
---	-----------------------

Primer Apellido:	Segundo apellido:	Nombre:
DNI, NIE o Pasaporte:	Curso Académico:	
Plan de Estudios:		

2	Datos Personales
---	------------------

Domicilio:			
Provincia:	Código Postal:	Localidad:	
Correo electrónico:		Teléfono Contacto:	Otro teléfono de contacto:

En el caso de oposición a los datos deberá de rellenar el anexo II

3	Otros datos del interesado
---	----------------------------

Número de hermanos estudiantes fuera del domicilio familiar que sean menores de 25 años: (Si no tiene, indique 0)			
Familia numerosa :	No	Especial	General
En caso de marcar alguna modalidad de Familia Numerosa, indique número de hermanos que la componen:			

4	Otros Datos
---	-------------

Concepto	No	Si	
Huérfano absoluto			
Solicitante o hermano con minusvalía>33%			Indique el número de hermanos incluido el solicitante afectados por esta condición (excluidos los sustentadores principales)
Solicitante o hermano con minusvalía>65%			Indique el número de hermanos incluido el solicitante afectados por esta condición (excluidos los sustentadores principales)

Se permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://portafirmas.upo.es/verifirma/> Este documento incorpora firma electrónica reconocida o cualificada de acuerdo al Reglamento (UE) Nº 910/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de julio de 2014, relativo a la identificación electrónica y los servicios de confianza para las transacciones electrónicas en el mercado interior

FIRMADO POR	Sello Electrónico de la Universidad Pablo de Olavide	FECHA	17/07/2025
ID. FIRMA	firma.upo.es	PAGINA	1/3

DATOS REFERIDOS A 2024 (A RELLENAR CON LOS DATOS DE LOS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA UNIDAD FAMILIAR)

PARA EL CALCULO DE LA RENTA Y EL PATRIMONIO FAMILIAR A EFECTOS DE BECA, SERÁN MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA LOS PADRES, QUIENES TENDRAN LA CONSIDERACIÓN DE SUSTENTADORES PRINCIPALES. TAMBIÉN SERÁN MIEMBROS COMPUTABLES EL SOLICITANTE, LOS HERMANOS SOLTEROS MENORES DE VEINTICINCO AÑOS Y QUE CONVIVAN EN EL DOMICILIO FAMILIAR AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR A AQUEL EN EL QUE COMIENZA EL CURSO ESCOLAR PARA EL QUE SE SOLICITA O LOS DE MAYOR EDAD, CUANDO SE TRATE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA, PSÍQUICA O SENSORIAL, ASI COMO LOS ASCENDIENTES DE LOS PADRES QUE JUSTIFIQUEN SU RESIDENCIA EN EL MISMO DOMICILIO CON EL CERTIFICADO MUNICIPAL CORRESPONDIENTE.

Parentesco	NIF	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Fecha Nacimiento	Estado Civil	Ocupación	Situación Laboral
SOLICITANTE								

* Leo y acepto las condiciones detalladas en la siguiente cláusula informativa sobre tratamiento de datos personales:

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales que se faciliten mediante la cumplimentación de este impreso, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado cuyo responsable es la Universidad Pablo de Olavide. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Registro General de la Universidad Pablo de Olavide en la dirección Carretera de Utrera, Km. 1, 41013 Sevilla, Edificio Celestino Mutis, planta baja, solicitando los formularios disponibles al efecto.

Se permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://portafirmas.upo.es/verifirma/ Este documento incorpora firma electrónica reconocida o cualificada de acuerdo al Reglamento (UE) Nº 910/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de julio de 2014, relativo a la identificación electrónica y los servicios de confianza para las transacciones electrónicas en el mercado interior				
FIRMADO POR	Sello Electrónico de la Universidad Pablo de Olavide		FECHA	17/07/2025
ID. FIRMA	firma.upo.es	lvY1RHEV9c92YymFIBBVjjjLYdAU3n8j	PAGINA	2/3

ANEXO II

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

DATOS DEL AFECTADO O REPRESENTANTE LEGAL.

D./ D^a., mayor de edad, con domicilio en la
C/Plazanº.....,
Localidad Provincia C.P.
con D.N.I....., con correo electrónico.....
por medio del presente escrito ejerce el derecho de oposición previsto.

Ena.....de.....de 20.....

Firma

SOLICITO: la oposición de mis datos según el artículo 21 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD). Deseo oponerme al tratamiento de mis datos personales, específico y acredito la situación personal y justifico la oposición al tratamiento. Me opongo, sin necesidad de alegar motivos sobre mi situación particular, al tratamiento de mis datos personales con fines de mercadotécnica directa, incluyendo la elaboración de perfiles. Que, sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos. Se recomienda que acompañe al presente formulario un escrito en el que exponga de manera detallada todos los datos que permitan identificar el objeto de su pretensión.

Se permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://portafirmas.upo.es/verifirma/ Este documento incorpora firma electrónica reconocida o cualificada de acuerdo al Reglamento (UE) Nº 910/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de julio de 2014, relativo a la identificación electrónica y los servicios de confianza para las transacciones electrónicas en el mercado interior				
FIRMADO POR	Sello Electrónico de la Universidad Pablo de Olavide		FECHA	17/07/2025
ID. FIRMA	firma.upo.es	lvY1RHEV9c92YymFIBBVjjjLYdAU3n8j	PAGINA	3/3