

ANEXO 2**Solicitud de abono de la paga extraordinaria de antigüedad curso 2024-2025**

SOLICITANTE	
Nombre y apellidos <input type="text"/>	DNI / NIE <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>	Localidad <input type="text"/>
<input type="text"/>	Fecha de jubilación <input type="text"/>
<input type="text"/>	
ÚLTIMO CENTRO DONDE HA IMPARTIDO DOCENCIA	
Nombre del centro <input type="text"/>	Código del centre <input type="text"/>

EXPONGO Y DECLARO RESPONSABLEMENTE:

1. Que cumpla los requisitos establecidos en el punto 4 del Anexo 1 de la Resolución del director general de Personal Docente y Centros Concertados por la cual se establece el procedimiento administrativo para el curso 2024-2025 para tramitar el abono de la paga extraordinaria de antigüedad establecido en el Acuerdo de la Mesa de Enseñanza Privada Concertada de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears de Reactivación del Acuerdo de 2016 y Nuevo Acuerdo Marco (2023-2027) de mejora para la Enseñanza Privada Concertada.
2. Que no he percibido la paga de antigüedad a lo largo de mi vida laboral ni ningún premio de jubilación, fidelidad y permanencia pasados, presentes o futuros.
3. Que adjunto a esta solicitud el informe actualizado de la vida laboral expedido por la Seguridad Social, en fecha posterior a la fecha de jubilación o situación similar, vigente en la fecha de la solicitud y que incluye los períodos de trabajo realizados en centros privados concertados.
4. Que adjunto a esta solicitud la declaración de veracidad de datos bancarios debidamente firmada.

Por todo esto,

[Marcar el supuesto que corresponda]

SOLICITO a la Dirección General de Personal Docente y Centros Concertados:

AUTORIZO a TRAMITAR en mi nombre, ante la Dirección General de Personal Docente y Centros Concertados, a la **persona física:**

Denominación de la persona FÍSICA	DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORIZO a TRAMITAR en mi nombre, ante la Dirección General de Personal Docente y Centros Concertados, a la **persona jurídica:**

Denominación de la persona JURÍDICA	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y apellidos del representante de la persona jurídica	DNI del representante de la persona jurídica
<input type="text"/>	<input type="text"/>

El abono de las cuantías que me corresponden correspondientes a la paga extraordinaria de antigüedad según el Acuerdo de la Mesa de Enseñanza Privada Concertada de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears de Reactivación del Acuerdo de 2016 y Nuevo Acuerdo Marco (2023-2027) de mejora para la Enseñanza Privada Concertada.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que la información consignada es veraz

Las administraciones pueden requerir en cualquier momento que se aporte la documentación que acredite el cumplimiento de los requisitos citados y el interesado la tiene que aportar. La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a una declaración responsable o a una comunicación, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable, la documentación que, si procede, sea requerida para acreditar el cumplimiento de lo que se ha declarado, o la comunicación, determina la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada des del momento en que se tenga constancia de estos hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas que procedan.

, de de 20

[Firma de la persona solicitante]