



SOLICITUD DE ASISTENCIA AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA DE MAZARRÓN.

D./Dña..... con DNI.....

Como padre/madre/tutor del solicitante.....,

nacido en fecha..... Lugar..... con DNI:

Solicita: La asistencia al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana del solicitante, aportando los siguientes datos:

Nombre del padre..... N.I.F.....

Nombre de la madre..... N.I.F.....

Domicilio.....

Correo electrónico:.....

Teléfono/s.....

Nº de la Seguridad Social.....

Discapacidad que presenta:..... Porcentaje:.....

¿Tiene solicitado/aprobado el grado de dependencia?..... Fecha:.....

Grado:..... Nivel:..... Prestación:..... €

Colegio al que asiste..... curso.....

Nombre del pediatra del niño/a:.....

Problema/s que presenta.....

.....

Derivado por..... en fecha.....

Me comprometo a aportar la documentación necesaria en el Centro para la tramitación de expediente de mi hijo/a y, autorizo a que, en su caso, se le diagnostique y reciba el tratamiento/estimulación/reeducación oportuna.

Doy mi consentimiento para el uso que de los datos aporte y de los que se deriven de los resultados de intervención de los profesionales de este Centro, así como de la comunicación de los mismos a terceros para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con la prevención y mejora de su desarrollo, siempre con el obligado secreto profesional. Todo ello en base a la Disposición de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Acepto la presencia de alumnos en prácticas durante la intervención.

Por lo que ruego se le de aprobación y trámite a la presente solicitud.

En Mazarrón a de de 20.....

Fdo:

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL M.I AYUNTAMIENTO DE MAZARRÓN.

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA

C/ Virgen de Fátima, 4. Mazarrón Tlf y Fax: 968590623-968590372

C.E.: catadministracion@mazarron.es