



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

1.- DATOS DEL INTERESADO		
Apellidos	Nombre	DNI
Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad
Domicilio (Solo si es diferente al del representante legal)		

2.- DATOS DEL PADRE / MADRE O REPRESENTANTE LEGAL (si procede)		
Apellidos	Nombre	DNI
Domicilio		
Localidad	Código Postal	
Provincia	Teléfonos	
Correo electrónico		

3.- REMITIDO A ESTE CENTRO DESDE			
<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> SERVICIOS EDUCATIVOS	<input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES
<input type="checkbox"/> INICIATIVA PROPIA	<input type="checkbox"/> OTROS:		
Nombre del servicio o institución:			

4.- MOTIVO DE LA SOLICITUD

5. ATENCIONES QUE RECIBE
<input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> ATENCIÓN TEMPRANA <input type="checkbox"/> ATENCIÓN EDUCATIVA <input type="checkbox"/> TERAPIA INDIVIDUAL
¿Recibe atención desde una ONG, asociación de padres o similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del servicio o institución que le atiende:

En a de de

Fdo.: _____

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 26 de abril, de protección de datos de carácter personal, se le informa de que los datos personales recogidos en el presente documento estarán incorporados en ficheros automatizados titularidad de la Universidad de Salamanca. Sus datos están a su entera disposición. Tiene derecho a acceder a ellos pudiendo rectificarlos o cancelarlos si así nos lo comunicase