



D./ Dña. _____

En calidad de padre, madre o persona tutora de la o el menor

Menor escolarizado en _____ nombre tutor/a

Menor adscrito al Centro de Salud _____ nombre de Pediatra

Manifiesta:

Dar el consentimiento para que la información que las personas profesionales consideren relevantes en relación a mi hijo, hija, menor tutelado/a, esté a disposición de profesionales en las competencias de SALUD, IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y EDUCACIÓN que van a intervenir en el proceso de atención al niño, niña o adolescente.

La información podrá ser tramitada por vía interna entre los Servicios citados, bajo el régimen de protección de datos vigentes,

En Dos Hermanas, a _____ de _____ de 20____

Nombre completo y firma