



SOLICITUD del SERVICIO MUNICIPAL DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

ORIENTADORA

Nº DE LLEGADA

FECHA

I. Datos de la persona solicitante:

(Es requisito imprescindible estar empadronados y/o escolarizado en el municipio de Dos Hermanas)

Nombre y Apellidos:
Domicilio:
Teléfonos de contacto:
Correo electrónico:
Sexo: M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

II. Estado civil:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a |
| <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho | <input type="checkbox"/> Separado/a |
| <input type="checkbox"/> Nueva Pareja | <input type="checkbox"/> Proceso de separación |
| <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Divorciado/a | |

III. Documentación a aportar el día de la primera cita, (según corresponda a su caso particular):

- | | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | Autorización del tutor/a que no cumplimenta la solicitud. |
| <input type="text"/> | Sentencia de divorcio. |
| <input type="text"/> | Convenio regulador. |
| <input type="text"/> | Orden de alejamiento (hacia uno de los tutores/ menor/ ambos). |
| <input type="text"/> | |

CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN. SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO MUNICIPAL

Huerta Palacios, 2ª Planta. Tfno. 954919586 programaseducativos@doshermanas.es

Por lo tanto, **SOLICITO**: Tenga por presentado este escrito, y por hechas las manifestaciones que en él se contienen, acceda a lo solicitado previos los trámites que procedan a cuyo efecto autorizo al Ayuntamiento para que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, incorpore los datos personales contenidos en este escrito y sus trámites para su tratamiento, en un fichero automatizado, que tiene como finalidad facilitar las actuaciones de control y mejora de los procedimientos de gestión, comprobación y seguimiento correspondientes a los órganos que incorporan tales datos personales, quedando enterado de que, de acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puedo dirigirme por escrito a este Ayuntamiento (Plaza de la Constitución núm. 1 Dos Hermanas 41700) para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de dichos datos.



IV. Datos de los integrantes de la familia (Todos los que conviven en la vivienda, incluida la persona que rellena la solicitud):

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	PROFESIÓN

V. Centro escolar al que asiste su hijo/a:

VI. Curso Escolar:

VII. Datos de las personas que requieren atención (menor/es):

NOMBRE Y APELLIDOS

VIII. Persona u organismo que le aconsejó venir:

IX. Motivo de la consulta:

CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN. SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO MUNICIPAL

Huerta Palacios, 2ª Planta. Tfno. 954919586 programaseducativos@doshermanas.es

Por lo tanto, **SOLICITO:** Tenga por presentado este escrito, y por hechas las manifestaciones que en él se contienen, acceda a lo solicitado previos los trámites que procedan a cuyo efecto autorizo al Ayuntamiento para que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, incorpore los datos personales contenidos en este escrito y sus trámites para su tratamiento, en un fichero automatizado, que tiene como finalidad facilitar las actuaciones de control y mejora de los procedimientos de gestión, comprobación y seguimiento correspondientes a los órganos que incorporan tales datos personales, quedando enterado de que, de acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puedo dirigirme por escrito a este Ayuntamiento (Plaza de la Constitución núm. 1 Dos Hermanas 41700) para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de dichos datos.



X. Está siendo atendido o atendida por:

- BIENESTAR SOCIAL DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS.
- USMIJ
- PERSONA ORIENTADORA DEL CENTRO ESCOLAR
- SERVICIO PRIVADO DE PSICOLOGÍA
- DELEGACIÓN DE IGUALDAD:
 - Asesoría Jurídica
 - Asesoría Laboral
 - Atención Psicológica

XI. ¿Tiene discapacidad legal y reconocida? NO SI Tipo:

XII. ¿Tiene algún tipo de diagnóstico médico/profesional? NO SI Tipo:

XIII. Observaciones:

Fdo.: Persona/s tutora/s del menor

CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN. SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO MUNICIPAL

Huerta Palacios, 2ª Planta. Tfno. 954919586 programaseducativos@doshermanas.es

Por lo tanto, **SOLICITO:** Tenga por presentado este escrito, y por hechas las manifestaciones que en él se contienen, acceda a lo solicitado previos los trámites que procedan a cuyo efecto autorizo al Ayuntamiento para que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, incorpore los datos personales contenidos en este escrito y sus trámites para su tratamiento, en un fichero automatizado, que tiene como finalidad facilitar las actuaciones de control y mejora de los procedimientos de gestión, comprobación y seguimiento correspondientes a los órganos que incorporan tales datos personales, quedando enterado de que, de acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puedo dirigirme por escrito a este Ayuntamiento (Plaza de la Constitución núm. 1 Dos Hermanas 41700) para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de dichos datos.