



## SOLICITUD del SERVICIO MUNICIPAL DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

ORIENTADORA

Nº DE LLEGADA

FECHA

### I. Datos de la persona solicitante:

Nombre y Apellidos:
Domicilio:
Teléfonos de contacto:
Correo electrónico:
Sexo: M          H

### II. Estado civil:

Casado/a	Viudo/a
Pareja de Hecho	Separado/a
Nueva Pareja	Proceso de separación
Soltero/a	Otros
Divorciado/a	

### III. Datos de los integrantes de la familia:

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	PROFESIÓN

### IV. Centro escolar al que asiste su hijo/a:

### V. Curso escolar:

CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN. SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO MUNICIPAL

Huerta Palacios, 2ª Planta. Tfno. 954919586-89 [spm@doshermanas.es](mailto:spm@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.



**VI. Datos de los progenitores:**

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	FECHA NACIMIENTO	PROFESIÓN

**VII. Persona u organismo que le aconsejó venir:**

**VIII. Motivo de la consulta:**

**IX. 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

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

**NOTA:** *Sólo se realizarán informes de asistencia.*

¿Desea recibir información acerca del programa de actividades a iniciativa de esta Concejalía, que pueda resultar de su interés?                      SI                      NO

Indique el medio de preferencia a tal efecto, sabiendo que en cualquier momento puede solicitarnos la baja en este servicio:      correo electrónico                      lista difusión WhatsApp

Fdo.: Madre/ Padre de la persona menor

Fecha solicitud:

**RESGUARDO DE LA SOLICITUD**

Nombre y Apellidos de la persona solicitante:

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.