Concello de Salceda de Caselas

CONCELLARÍA DE SERVIZO SOCIAIS

Reservado selos internos

Imprimir formulario

PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENCIÓN LOGOPÉDICA E PSICOPEDAGÓXICA — PMALP

DERIVACIÓN- PEDIATRA

PEDIATRA

D/Dna:

Colexiado Nº

Centro de Saúde/Hospital

BENEFICIARIO

Nome e apelidos neno/ nena

DNI (de ser o caso)

Enderezo: / Rúa / Número

Teléfono : Fixo / Móbil

Municipio

Provincia

Código postal

E-mail

SOLICITA:

A inclusión no programa municipal de atención logopédica e psicopedagóxica da concellaría de Servicios Sociais do concello de Salceda de Caselas, considerando o caso de:

☐ CUPO NORMAL

☐ CUPO URXENTE

Sr. Alcalde-Presidente do Concello de Salceda de Caselas

Salceda de Caselas, a _____

(Sinatura)

Consonte ao disposto na Lei Orgánica 15/1999 de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, os seus datos serán tratados de forma confidencial e poderán ser incorporados aos ficheiros do Concello de Salceda de Caselas. En calquera momento poderá exercitar os dereitos de acceso, cancelación rectificación e oposición comunicándoo por escrito, que presentará no Rexistro do Concello. Así mesmo, con esta solicitude autoriza, aos efectos da devandita lei, á administración destinataria deste escrito á comprobación telemática con outras Administracións Públicas de datos declarado e demais circunstacias relativas ao exercicio da actividade a desenvolver.

Praza do Concello, s/n 36700. Salceda de Caselas
Tfnos. 986 349003 - 986 347500. Fax 986 347401
www.salcedadecaselas.es