ARABAKO FORU ALDUNDIA

Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea
Instituto Foral De Bienestar Social

DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA

www.araba.eus/ifbs/

Solicitud de valoración de trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos

003

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL

DATOS DEL NIÑO O DE LA NIÑA

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

Fecha de Nacimiento (día, mes y año) | Sexo H ☐ M ☐ | Nacionalidad

Domicilio (Calle / Plaza) | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta

C.P. | Municipio | Localidad | Provincia /T.H. | DNI/NIF • NIE • Otro

Derivado por:

Servicio Vasco de Salud-Osakidetza: Atención Primaria ☐ Atención Especializada ☐

Dpto. de Educación del Gobierno Vasco: (Berritzegune) ☐ Centro escolar ☐ Escuelas / Guarderías Infantiles ☐

Servicios Sociales ☐ Otros (especificar) ☐

Motivos de la derivación:

SOLICITA que, previos los informes y trámites oportunos, le sea valorada la existencia de trastornos del desarrollo o el riesgo de padecerlos.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En ____ a ____ de ____ de 20 ____

Firma de la persona Representante legal	Firma del Guardador/a de hecho
Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible	Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.

RE. 22/209