



## SOLICITUD del SERVICIO MUNICIPAL DE LOGOPEDIA

### SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

Sexo M H

PARENTESCO

FECHA

### DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A

FECHA NACIMIENTO

Nº HERMANOS/AS

NOMBRE DEL PADRE

EDAD OCUPACIÓN

NOMBRE DE LA MADRE

EDAD OCUPACIÓN

ESTADO CIVIL Casados Separados Solteros Otros

DIRECCIÓN

TELÉFONOS DE CONTACTO

CORREO ELECTRÓNICO

¿CONOCE EL PROGRAMA MUNICIPAL DE APOYO A LA FAMILIA? SI NO

### DATOS ESCOLARES

CENTRO ESCOLAR

CURSO

NOMBRE DEL TUTOR/A

¿RECIBE ATENCIÓN LOGOPÉDICA? SI NO

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.



## MOTIVO DE LA CONSULTA

PERSONA QUE LE RECOMENDÓ VENIR

¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?      SI                      NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL

**Acepto los requisitos que esta Concejalía establece y de los que he sido informado/a previamente, para poder realizar la solicitud del Servicio Municipal de Logopedia.**

¿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

CONCEJALÍA DE IGUALDAD Y EDUCACIÓN. SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO MUNICIPAL  
Huerta Palacios, 2ª Planta. Tfno. 954919586 – 89  
Correo electrónico: [spm@doshermanas.es](mailto:spm@doshermanas.es)

---

### RESGUARDO DE LA SOLICITUD

Nombre y Apellidos de la persona solicitante:

Fecha solicitud:

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.