



# 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)  N°  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

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible