

FULL DE DERIVACIÓ

CENTRE DE DESENVOLUPAMENT INFANTIL I ATENCIÓ PRECOÇ DE LA CERDANYA

NOM I COGNOMS: _____

DATA DE NAIXEMENT: _____

TELÈFON: _____

MOTIU DE LA DERIVACIÓ : _____

DERIVAT PER: _____

DATA DE DERIVACIÓ: _____

DATA D'ARRIBADA AL SERVEI: _____

*Signatura / Segell del professional
responsable la derivació*

Signatura / Segell del tutor legal, donant conformitat a la derivació

- Manifesto voluntàriament que dono el meu consentiment per tal que es coordini amb el/la professional responsable de la derivació per tal de valorar i aprofundir en el motiu de derivació.

Adreçar-se a:

CDIAP de la Cerdanya
Àrea de Serveis Socials
Consell Comarcal de la Cerdanya
cdiapcerdanya@cerdanya.org
Carrer Alfons I, 50-52 baixos
17520 Puigcerdà
Tel. 972 141 313