

**DATOS PERSONALES**

|                     |                    |              |             |
|---------------------|--------------------|--------------|-------------|
| DNI o NIE           | Apellidos y Nombre |              |             |
| Fecha de nacimiento | Edad               | Teléfono/s   | Email:      |
| Domicilio           |                    | C.P.         | Ciudad      |
| Nacionalidad        |                    | Estado civil | Nº hijos/as |

**¿CÓMO HA CONOCIDO ESTOS TALLERES DE DESARROLLO PERSONAL?**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Publicidad en la calle<br><input type="checkbox"/> De Buena Fuente<br><input type="checkbox"/> Página web municipal<br><input type="checkbox"/> Amistades | <input type="checkbox"/> Asociaciones u otras entidades<br><input type="checkbox"/> Centro Social<br><input type="checkbox"/> Unidad de Salud Mental<br><input type="checkbox"/> Orientación de un profesional<br>¿Recuerda su nombre? _____ |
| Lugar donde se efectúa la solicitud  | <input type="checkbox"/> 010 <input type="checkbox"/> Centro Social  |
| Centro Social de pertenencia:  | Nº Expte   |
| Su trabajador /a Social de referencia es:  |  |
| Empadronamiento  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |

Logroño, a

Firma del/la solicitante

***A c u m p l i m e n t a r   e n   l a   e n t r e v i s t a***
**Información a recoger**

|  |  |                |
|--|--|----------------|
|  |  |                |
| <b>Canalización</b>  |  |                |
| <input type="checkbox"/> A su Centro Social<br><input type="checkbox"/> A otros recursos | Incorporación al Grupo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>¿A que grupo? _____<br>Profesional _____ | Observaciones: |

Logroño, a

Profesional