

### ANEXO III

## DERIVACIÓN A CENTROS DE RECURSOS

Por favor, complete **TODOS** los campos

| ORIENTADOR/A QUE REALIZA LA DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                   |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                      |                     |
| EMAIL:                                                                                                                                                                                                                   | TELÉFONO:           |
| EOEP AL QUE PERTENECE:                                                                                                                                                                                                   |                     |
| CENTRO EDUCATIVO                                                                                                                                                                                                         |                     |
| CENTRO EDUCATIVO:                                                                                                                                                                                                        |                     |
| LOCALIDAD:                                                                                                                                                                                                               | CÓDIGO DE CENTRO:   |
| DIRECTOR/A DEL CENTRO:                                                                                                                                                                                                   |                     |
| EMAIL:                                                                                                                                                                                                                   | TELEFÓNO:           |
| NOMBRE DEL ALUMNO/A                                                                                                                                                                                                      |                     |
| NOMBRE Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                      |                     |
| NRE DEL ALUMNO ( <b>obligatorio</b> ):                                                                                                                                                                                   |                     |
| DIAGNÓSTICO (ADJUNTAR INFORMES):                                                                                                                                                                                         |                     |
| CURSO:                                                                                                                                                                                                                   | NOMBRE DEL TUTOR/A: |
| TIPO DE INTERVENCIÓN                                                                                                                                                                                                     |                     |
| <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> GRUPAL <input type="checkbox"/> AMBAS                                                                                                                       |                     |
| MODALIDAD DE INTERVENCIÓN                                                                                                                                                                                                |                     |
| <input type="checkbox"/> Modelado <input type="checkbox"/> Préstamo de material <input type="checkbox"/> Difusión <input type="checkbox"/> Elaboración de material<br><input type="checkbox"/> Asesoramiento/Información |                     |
| FECHA DE PETICIÓN                                                                                                                                                                                                        |                     |
|                                                                                                                                                                                                                          |                     |

| MOTIVO DE LA DERIVACIÓN                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motivo de la derivación (breve descripción exponiendo de forma clara y concisa las necesidades que han motivado esta solicitud así como las medidas que ya se han llevado a cabo). |
| OTRAS CONSIDERACIONES                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                    |
| <b>FECHA DEL ENVÍO DE ESTA SOLICITUD:</b>                                                                                                                                          |

FIRMA DEL/DE LA ORIENTADOR/A

FIRMA DEL/DE LA DIRECTOR/A