



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha de Solicitud de inscripción:/...../..... **Hora:**:.....

Concurrió a encuentro informativo: SI / NO – **Fecha:**/...../.....

Datos de/los Solicitante/s:

Apellido/s:...../.....

Domicilio:.....

(deberá acreditarse dos años de residencia en la Pcia. de E.R. previos a la inscripción)

Localidad:..... *Provincia:*..... *C.P.*.....

Teléfono fijo:..... *Teléfono celular:*.....

Correo electrónico:..... (si firma/n convenio de notificación vía mail)

Vínculo que los une: Matrimonio..... Unión Convivencial.....

Fecha de Matrimonio/Inicio de Convivencia:/...../.....

Datos Personales – Solicitante 1:

Apellido y Nombres:.....

Tipo y Número de Documento:.....

Lugar y Fecha de Nacimiento:.....

Nacionalidad:..... Estado Civil:.....

Ocupación:..... Nombre del lugar de trabajo:.....

Actividad que realiza:.....

Domicilio Laboral:..... Teléfono Laboral:.....

Datos Personales – Solicitante 2:

Apellido y Nombre:.....

Tipo y Número de Documento:.....

Lugar y Fecha de Nacimiento:.....

Nacionalidad:..... Estado Civil:.....

Ocupación:..... Nombre del lugar de trabajo:.....

Actividad que realiza:.....

Domicilio Laboral:..... Teléfono Laboral:.....

Grupo Familiar:

¿Tiene/n hijos/as naturales? SI NO ¿Cuántos?.....

Nombre completo y edad del/os/as mismo/s (deberá acreditarse el vínculo con acta/s de nacimiento ó libreta de familia):.....

¿Tiene niños/as y/o adolescentes en guarda con fines adoptivos y/o hijos/as adoptivos? SI NO - En caso afirmativo completar formulario B -

¿Tiene niños/as y/o adolescentes bajo alguna figura distinta a la adopción? SI..... NO - En caso afirmativo completar formulario C -

Perfil Adoptivo:

Edad/es de/los/as niños/as y/o adolescentes: desde meses/años a años.

Sexo del niño/a y/o adolescente: Femenino.....Masculino.....Indistinto.....

Cantidad de niños/as y/o adolescentes:

Niños/as y/o adolescentes con alguna enfermedad/patologías de salud SI/NO

Ejemplifique:.....

¿En especial, niños/as y/o adolescentes con (tachar lo que no corresponda):

Discapacidad auditiva? S/N Discapacidad visual? S/N; Discapacidad intelectual ó psíquica? S/N; Discapacidad motriz? S/N.

Los firmantes asumen por la presente la obligación de hacer saber al adoptado su realidad de su origen.-

Los firmantes declaran que SI/NO (tachar lo que no corresponda) se han dictado en su contra medidas cautelares en procesos de violencia familiar y/o contra la mujer.-

Observaciones:

.....
.....

.....
Firma y Aclaración del Solicitante 1

.....
Firma y Aclaración del Solicitante 2

.....
(Lugar y fecha)

.....
Firma del Responsable