REGISTRO UNICO DE ASPIRANTES A GUARDA CON FINES DE ADOPCION
Defensoría General de la Provincia de Entre Rios

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

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

Participó del encuentro informativo: SI / NO – Fecha: ……/……/……

Datos de/los/as 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)

En caso de pareja, 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 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:…….....

Grupo Familiar:

¿Tiene/n hijos/as biológicos? SI …… NO ….. ¿Cuántos?.....

Nombre completo y edad del/os/as mismo/s *(deberá acreditarse el vínculo con acta/s de nacimiento o 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 o psíquica? S/N; Discapacidad motriz? S/N.

Los solicitantes asumen por la presente la obligación de hacer saber al adoptado su realidad de su origen; y 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:……
……
……

Quien/es inicia/mos el presente trámite declaro/amos bajo juramento que los datos consignados en el presente Formulario son verídicos, y que la documentación que se acompaña adjunta es copia fiel de sus originales, quedando la misma sujeta a certificación posterior, debiendo ser presentada cuando le/s sea requerida.----------

---

Sólo para quienes realizan trámite presencial:

……	……
Firma y Aclaración Solicitante 1	Firma y Aclaración Solicitante 2
……	……
(Lugar y fecha)	Firma del Responsable