

**OFRECIMIENTO PARA LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE FAMILIAS COLABORADORAS CON
LOS CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES**

(Art. 36.4, de la Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y Atención al Menor)

1. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA NAC:
ESTADO CIVIL:	DNI:
ESTUDIOS:	PROFESIÓN:
¿ES SOLICITANTE DE ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO? SI NO	

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA NAC:
ESTADO CIVIL:	DNI:
ESTUDIOS:	PROFESIÓN:
¿ES SOLICITANTE DE ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO? SI NO	

DATOS COMUNES DE LA UNIDAD FAMILIAR			
DOMICILIO ACTUAL:			
LOCALIDAD:	TELÉFONO:		
AÑOS DE CONVIVENCIA:	¿TIENE HIJOS? SI NO		
Nº DE HIJOS:	¿HA COLABORADO ANTES? SI NO		
PERSONAS QUE CONVIVEN CON USTED			
NOMBRE	DNI	PARENTESCO	EDAD

2. CARACTERÍSTICAS CONCRETAS DE LA COLABORACIÓN

PERFIL DE MENOR CON EL QUE ESTÁ DISPUESTO/A A COLABORAR. (No rellenar en caso de solicitar menores concretos)			
N° DE MENORES: - Un solo menor () (Marque con una cruz) - Grupo de dos hermanos () - Grupo de tres hermanos () - Otros:			
EDAD (a partir de los 7 años de edad) :			
¿Tiene alguna preferencia en cuanto al sexo del menor? Justifique su respuesta.			
¿Cuáles de estas necesidades especiales del/la menor estaría dispuesto/a a aceptar? (Marque uno o varios según proceda)			
<input type="checkbox"/> Discapacidad física..... <input type="checkbox"/> Discapacidad sensorial <input type="checkbox"/> Discapacidad psíquica <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento <input type="checkbox"/> Grupo de hermanos..... <input type="checkbox"/> Otras (indicar).....			
¿Durante qué periodo prefiere que se desarrolle la colaboración? (Marque uno o varios según proceda)			
<input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Vacaciones de Navidad..... <input type="checkbox"/> Vacaciones de Semana Santa..... <input type="checkbox"/> Vacaciones de verano..... <input type="checkbox"/> Puentes y otras festividades..... <input type="checkbox"/> Otros periodos.....			
IDENTIFICACIÓN CENTROS CON LOS QUE SE SOLICITA COLABORAR . (Rellenar sólo en caso de solicitar colaborar con uno o varios centros concretos)			
Identifique los centros:			

IDENTIFICACIÓN MENOR/ES CON LOS QUE SE SOLICITA COLABORAR . (Rellenar sólo en caso de solicitar menores concretos)			
NOMBRE	APELLIDOS	EDAD	¿POR QUÉ DESEA COLABORAR CON ESTE/A MENOR?

3. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA.

DECLARAMOS bajo nuestra expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, así como que nos comprometemos a aportar la documentación que nos sea solicitada por la Junta de Andalucía, y que:

1. No padezco enfermedad física o psíquica que me incapacite para realizar la tarea de familia o persona colaboradora con los centros de protección.
2. Acepto el inicio y cese de las relaciones con el/la menor con el que colabore, a decisión del organismo que ostenta su tutela y/o guarda.
3. Autorizo la petición por parte de la administración de certificado de mis antecedentes penales al Registro central de Penados.

En a de del año 20.....

FDO:..... FDO:

Documentación a presentar:

- Fotocopia compulsada del DNI de los interesados. (A facilitar en el momento de la presentación del ofrecimiento).
- Certificado de mis antecedentes penales (A presentar cuando sea requerido por la Administración)