

**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	
TELÉFONO:	EMAIL:

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

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)
Nº 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)*

- () Discapacidad física.....
- () Discapacidad sensorial
- () Discapacidad psíquica
- () Problemas de comportamiento
- () Grupo de hermanos.....
- () Otras (indicar).....

¿Durante qué periodo prefiere que se desarrolle la colaboración? *(Marque uno o varios según proceda)*

- () Fines de semana
- () Vacaciones
- () 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.

DECLARO/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 a D^a María J. Gutiérrez Rivas, en su condición de Jefa de Servicio de Protección de Menores de la Delegación Territorial de Igualdad Salud y Políticas Sociales en Sevilla, para que solicite y recoja en mi nombre la siguiente documentación*:
 - Mis antecedentes penales al Registro central de Penados y Rebeldes. () SI () NO
 - Mis antecedentes por Delitos de Naturaleza Sexual al Registro de Delincuentes Sexuales () SI () NO

En a de del año 20.....

FDO:..... FDO:

Documentación a presentar: - Fotocopia compulsada del DNI de los interesados.
- Fotografía tamaño carnet.

* A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, y la ley 45/2015 de voluntariado para Trabajar con Menores.

