



OFRECIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE FAMILIAS COLABORADORAS
(Art. 36.4, de la Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y Atención al Menor)

1 DATOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS

PERSONA INTERESADA 1

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DNI/PASAPORTE/NIE	SEXO HOMBRE MUJER	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
POBLACIÓN DE NACIMIENTO	PROVINCIA	PAÍS	NACIONALIDAD

¿ES USTED SOLICITANTE DE ACOGIMIENTO? SI NO
¿ES USTED SOLICITANTE DE ADOPCIÓN? SI NO
¿HA COLABORADO ANTES? SI NO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (señalar con una X)

SIN ESTUDIOS	ED. PRIMARIA	ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR	E.S.O. O EQUIVALENTE
BACHILLERATO,	BUP O EQUIVALENTE	F.P. GRADO MEDIO,	F.P. GRADO SUPERIOR,
DIPLOMATURA	LICENCIATURA/GRADO		

OCUPACIÓN ACTUAL:

Empresario/a con asalariado/as. Vendedor/a.
Empresario/a sin asalariado/as. Personal Subalterno/a.
Trabajador/a agrícola por cuenta propia. Capataz o similar de industria y servicios.
Trabajador/a agrícola por cuenta ajena. Trabajos cualificados de industria y servicios
Profesión liberal. Ama/o de casa.
Personal Directivo, Alto Funcionario/ a Cuadros Superiores. Otras Profesiones.
Cuadro Funcionarios/as Medios. Jubilado/a;Incapacitado/a; Inactivo/a.
Empleado/a de oficina. Desempleado/a.
Estudiante.
Otra:

PERSONA INTERESADA 2

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DNI/PASAPORTE/NIE	SEXO HOMBRE MUJER	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
POBLACIÓN DE NACIMIENTO	PROVINCIA	PAÍS	NACIONALIDAD

¿ES USTED SOLICITANTE DE ACOGIMIENTO? SI NO
¿ES USTED SOLICITANTE DE ADOPCIÓN? SI NO
¿HA COLABORADO ANTES? SI NO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (señalar con una X)

SIN ESTUDIOS	ED. PRIMARIA	ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR	E.S.O. O EQUIVALENTE
BACHILLERATO,	BUP O EQUIVALENTE	F.P. GRADO MEDIO,	F.P. GRADO SUPERIOR,
DIPLOMATURA	LICENCIATURA/GRADO		

OCUPACIÓN ACTUAL:

Empresario/a con asalariado/as. Vendedor/a.
Empresario/a sin asalariado/as. Personal Subalterno.
Trabajador/a agrícola por cuenta propia. Capataz o similar de industria y servicios.
Trabajador/a agrícola por cuenta ajena. Trabajos cualificados de industria y servicios
Profesión liberal. Ama/o de casa.
Personal Directivo, Alto Funcionario/ a Cuadros Superiores. Otras Profesiones.
Cuadro Funcionarios/as Medios. Jubilado/a;Incapacitado/a; Inactivo/a.
Empleado/a de oficina. Desempleado/a.
Estudiante.
Otra:



3.6 OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO

NOMBRE Y APELLIDOS	RELACIÓN /PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN

4 OFRECIMIENTO PARA COLABORAR

PERFIL DE LA PERSONA MENOR CON LA QUE ESTÁ DISPUESTO A COLABORAR. (No rellenar en caso de solicitar menores concretos)

Nº DE MENORES: - Un/a solo/a menor
 - Grupo de dos hermanos/as
 - Grupo de tres hermanos/as
 - Otros:

EDAD (a partir de los 8 años de edad) :

¿Tiene alguna preferencia en cuanto al sexo del o la menor? Justifique su respuesta.

.....

¿Aceptaría un/a menor con algún tipo de discapacidad? SI NO Justifique la respuesta

- () Discapacidad física.....
- () Discapacidad sensorial
- () Discapacidad psíquica
- () Problemas de comportamiento
- () Problemas de salud.....

PERIODO QUE PREFIERE PARA EL DESARROLLO DE LA COLABORACIÓN (Marque uno o varios según proceda)

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

IDENTIFICACIÓN DE CENTROS CON LOS QUE SE SOLICITA COLABORAR . (Rellenar sólo en caso de solicitar colaborar con uno o varios centros concretos)

Identifique los centros:

.....

.....

IDENTIFICACIÓN DE MENORES 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



5 DOCUMENTACIÓN, CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

5.1 DE CADA UNA DE LAS PERSONAS ADULTAS CONVIVIENTES SE PRESENTARÁ LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: (original o copia para su cotejo)

- Libro de familia o certificado acreditativo del período de convivencia efectiva, en caso de parejas de hecho
- Certificado médico que acredite su estado físico y psíquico. En caso de enfermedad, deberá constar el diagnóstico y pronóstico y el grado de discapacidad, si la hubiera.
- Certificado de delitos de naturaleza sexual no sólo de las personas oferentes sino también de las demás personas que componen la unidad familiar y sean mayores de edad.
- DNI/NIE (mayores 16 años)

5.2 AUTORIZACIÓN DE DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS

PERSONA INTERESADA 1:			
<input type="checkbox"/> Ejercicio del derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.			
Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1.			
2.			
3.			

PERSONA INTERESADA 2:			
<input type="checkbox"/> Ejercicio del derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.			
Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1.			
2.			
3.			

5.3 AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

PERSONA INTERESADA 1:				
<input type="checkbox"/> Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:				
Documento	Administración Pública	Fecha emisión /presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1.				
2.				
3.				

PERSONA INTERESADA 2:				
<input type="checkbox"/> Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:				
Documento	Administración Pública	Fecha emisión /presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1.				
2.				
3.				



5.4 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS

PERSONA INTERESADA 1

CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.
CONSENTIMIENTO EXPRESO RESIDENCIA
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de inexistencia de antecedentes penales a través del Sistema de Verificación de Datos. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta certificado de antecedentes penales.
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de inexistencia de antecedentes de delitos de naturaleza sexual a través del Sistema de Verificación de Datos. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta certificado negativo de antecedentes de delitos de naturaleza sexual.

PERSONA INTERESADA 2

CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.
CONSENTIMIENTO EXPRESO RESIDENCIA
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de inexistencia de antecedentes penales a través del Sistema de Verificación de Datos. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta certificado de antecedentes penales.
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre) <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de inexistencia de antecedentes de delitos de naturaleza sexual a través del Sistema de Verificación de Datos. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta certificado negativo de antecedentes de delitos de naturaleza sexual.



6 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Marque sólo una opción.

OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:

DOMICILIO NOTIFICACIONES						
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA					
NÚMERO	LETRA	KM DE LA VÍA	BLOQUE	PORTAL	ESCALERA	PLANTA PUERTA
NÚCLEO DE POBLACIÓN		PROVINCIA	PAÍS	CÓD. POSTAL		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL			CORREO ELECTRÓNICO	

OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo(1).

Indique un correo electrónico y opcionalmente un número de teléfono móvil donde informar sobre la notificación practicada en el Sistema de Notificaciones:

Correo electrónico:

Nº teléfono móvil:

(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

7 DECLARACIÓN, OFRECIMIENTO, FECHA, LUGAR Y FIRMA

Las personas abajo firmantes, **DECLARAN** que son ciertos cuantos datos figuran en el presente ofrecimiento y en la documentación adjunta, muestran su disposición para realizar las sesiones informativas, formativas, de preparación, entrevistas, cuestionarios, y otras que se consideren necesarias, así como, a aceptar 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 y **SE OFRECEN** como familia colaboradora.

En a de del año 20.....

FDO:..... FDO:

- En caso de ser solicitante de acogimiento o adopción autorizo la consulta del informe de idoneidad con la sola finalidad de apoyar la elaboración del estudio de la familia colaboradora.

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN EN.....
Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA cuya dirección es Avda. Hytasa, 14, 41071
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cipsc@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para el ofrecimiento como familia colaboradora, cuya base jurídica es Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>