

## OFRECIMIENTO PARA LA ADOPCIÓN NACIONAL

1 DATOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS								
1.1 PERSONA INTERESADA 1								
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		
DNI/NIE/PASAPORTE:		SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		FECHA NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:		
POBLACIÓN DE NACIMIENTO:		PROVINCIA:		PAÍS:		NACIONALIDAD:		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (señalar con una X)								
<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1 <sup>ER</sup> GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2 <sup>º</sup> GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/GRADO								
OCUPACIÓN ACTUAL:								
<input type="checkbox"/> Empresario/a con asalariados.				<input type="checkbox"/> Vendedor/a.				
<input type="checkbox"/> Empresario/a sin asalariados.				<input type="checkbox"/> Personal Subalterno.				
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta propia.				<input type="checkbox"/> Capataz o similar de industria y servicios.				
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta ajena.				<input type="checkbox"/> Trabajos cualificados de industria y servicios				
<input type="checkbox"/> Profesión liberal.				<input type="checkbox"/> Ama/o de casa.				
<input type="checkbox"/> Personal Directivo, Alto Funcionario/ a Cuadros Superiores.				<input type="checkbox"/> Otras Profesiones.				
<input type="checkbox"/> Cuadro Funcionarios/as Medios.				<input type="checkbox"/> Jubilado/a;Incapacitado/a; Inactivo/a.				
<input type="checkbox"/> Empleado/a de oficina.				<input type="checkbox"/> Desempleado/a.				
				<input type="checkbox"/> Estudiante.				
1.2 PERSONA INTERESADA 2								
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		
DNI/NIE/PASAPORTE:		SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		FECHA NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:		
POBLACIÓN DE NACIMIENTO:		PROVINCIA:		PAÍS:		NACIONALIDAD:		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (señalar con una X)								
<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1 <sup>ER</sup> GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2 <sup>º</sup> GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/GRADO								
OCUPACIÓN ACTUAL:								
<input type="checkbox"/> Empresario/a con asalariados.				<input type="checkbox"/> Vendedor/a.				
<input type="checkbox"/> Empresario/a sin asalariados.				<input type="checkbox"/> Personal Subalterno.				
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta propia.				<input type="checkbox"/> Capataz o similar de industria y servicios.				
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta ajena.				<input type="checkbox"/> Trabajos cualificados de industria y servicios				
<input type="checkbox"/> Profesión liberal.				<input type="checkbox"/> Ama/o de casa.				
<input type="checkbox"/> Personal Directivo, Alto Funcionario/ a Cuadros Superiores.				<input type="checkbox"/> Otras Profesiones.				
<input type="checkbox"/> Cuadro Funcionarios/as Medios.				<input type="checkbox"/> Jubilado/a;Incapacitado/a; Inactivo/a.				
<input type="checkbox"/> Empleado/a de oficina.				<input type="checkbox"/> Desempleado/a.				
				<input type="checkbox"/> Estudiante.				
2 DATOS DE RESIDENCIA								
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:								
NÚMERO:		LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
DATOS DE CONTACTO:								
PERSONA INTERESADA 1:		TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:		
PERSONA INTERESADA 2:		TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:		

<b>3</b>	<b>DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR</b>			
<b>3.1</b>	<b>RELACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN</b>			
<input type="checkbox"/> SOLO/A: <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A - DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> MATRIMONIO: FECHA DE CONSTITUCIÓN: ..... <input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO. AÑO DE INICIO DE LA CONVIVENCIA: .....				
<b>3.2</b>	<b>HIJOS E HIJAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR</b>			
<b>3.2.1</b>	<b>HIJOS E HIJAS COMUNES DE LA PAREJA</b>			
NOMBRE Y APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO	BIOLÓGICO/A O POR ADOPCIÓN	FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción)
<b>3.2.2</b>	<b>HIJOS E HIJAS DE ANTERIORES MATRIMONIOS Y/O PAREJAS</b>			
NOMBRE Y APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO	BIOLÓGICO/A O POR ADOPCIÓN	PERSONA INTERESADA CON LA QUE TIENE RELACIÓN FILIAL
<b>3.3</b>	<b>HIJOS E HIJAS QUE NO CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR</b>			
NOMBRE Y APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO	COMUNES DE LA PAREJA O DE ALGUNO DE ELLOS	
<b>3.4</b>	<b>OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO</b>			
NOMBRE Y APELLIDOS		RELACIÓN/PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	OCCUPACIÓN

<b>4</b>	<b>OFRECIMIENTO PARA ADOPTAR</b>
CIRCUNSTANCIAS DEL NIÑO O DE LA NIÑA DISPUESTOS A ADOPTAR (indicar lo que procede)	
<input type="checkbox"/> Un solo niño o niña de hasta ..... años de edad <input type="checkbox"/> Un grupo de ..... hasta ..... hermanos de edades entre ..... hasta ..... años. <input type="checkbox"/> Un niño o niña con problemas de salud especiales ( enfermedad crónica, grandes prematuros, retrasos madurativos, etc) <input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VIH o con enfermedad del SIDA. <input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VHC o con hepatitis C. <input type="checkbox"/> Un niño o niña con antecedentes hereditarios de riesgo de enfermedad y/o retraso mental. <input type="checkbox"/> Un niño o niña víctima de violencia sexual. <input type="checkbox"/> Un niño o niña con fracasos previos en acogimiento o adopción. <input type="checkbox"/> Un niño o niña con alguna discapacidad <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Un niño o niña que mantiene contactos con <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Progenitores <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Otras. Especificar: .....	

<b>5</b>	<b>DOCUMENTACIÓN, CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES</b>
<b>5.1</b>	<b>DE CADA UNA DE LAS PERSONAS INTERESADAS SE PRESENTARÁ LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:</b> (original o copia para su cotejo)
<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento. <input type="checkbox"/> Fotografía. <input type="checkbox"/> Libro de familia o certificado acreditativo del periodo de convivencia efectiva, en caso de parejas de hecho. <input type="checkbox"/> 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.	

<b>5</b>	<b>DOCUMENTACIÓN, CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES</b> (Continuación)			
<b>5.1</b>	<b>DE CADA UNA DE LAS PERSONAS INTERESADAS SE PRESENTARÁ LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:</b> (original o copia para su cotejo)			
<input type="checkbox"/>	Certificado de actividad laboral o profesional.			
<input type="checkbox"/>	Otros. Especificar: .....			
<b>5.2</b>	<b>AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS</b>			
<b>PERSONA INTERESADA 1:</b>				
<input type="checkbox"/>	Ejercer el 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	.....	.....	.....	.....
<b>PERSONA INTERESADA 2:</b>				
<input type="checkbox"/>	Ejercer el 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	.....	.....	.....	.....
<b>5.3</b>	<b>AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES</b>			
<b>PERSONA INTERESADA 1:</b>				
<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	.....	.....	.....	.....
<b>PERSONA INTERESADA 2:</b>				
<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	.....	.....	.....	.....
<b>5.4</b>	<b>CONSENTIMIENTOS EXPRESOS</b>			
<b>PERSONA INTERESADA 1:</b>				
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>				
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.			
<input type="checkbox"/>	<b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.			
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO RESIDENCIA</b>				
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.			
<input type="checkbox"/>	<b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.			
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DATOS IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS (I.R.P.F)</b>				
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> al órgano gestor para recabar sus datos de I.R.P.F. a través de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.			
<input type="checkbox"/>	<b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada de la Declaración del I.R.P.F. o documentación acreditativa de ingresos.			
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES</b>				
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de inexistencia de antecedentes penales a través del Sistema de Verificación de Datos.			
<input type="checkbox"/>	<b>NO CONSIENTE</b> y aporta certificado de antecedentes penales.			

<b>5.4</b>	<b>CONSENTIMIENTOS EXPRESOS (Continuación)</b>
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL</b>	
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> 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"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta certificado negativo de antecedentes de delitos de naturaleza sexual.	
<b>PERSONA INTERESADA 2:</b>	
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>	
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO RESIDENCIA</b>	
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.	
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DATOS IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS (I.R.P.F)</b>	
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> al órgano gestor para recabar sus datos de I.R.P.F. a través de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.	
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada de la Declaración del I.R.P.F. o documentación acreditativa de ingresos.	
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES</b>	
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de inexistencia de antecedentes penales a través del Sistema de Verificación de Datos.	
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta certificado de antecedentes penales.	
<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL</b>	
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 <b>CONSENTIMIENTO</b> 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"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta certificado negativo de antecedentes de delitos de naturaleza sexual.	

<b>6</b>	<b>LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN</b>						
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> 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 EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que <b>NO</b> dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que <b>AUTORIZO</b> a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Apellidos y nombre: .....							
DNI/NIE: .....							
Correo electrónico: .....							
Nº teléfono móvil: .....							

<b>7</b>	<b>DECLARACIÓN, OFRECIMIENTO, FECHA, LUGAR Y FIRMA</b>
Las personas abajo firmantes, <b>DECLARAN</b> 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, pruebas psicométricas y otras que se consideren necesarias, y <b>SE OFRECEN</b> para la adopción nacional.	
En ..... a ..... de .....	
LAS PERSONAS INTERESADAS	
Fdo.: .....	Fdo.: .....

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero parcialmente automatizado: "ACOGIMIENTO FAMILIAR Y ADOPCIÓN NACIONAL". Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad la tramitación del ofrecimiento.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Infancia y Familias. Avda. Hytasa, 14 . 41071-SEVILLA.