



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO
UNICO DE ASPIRANTES A GUARDA CON FINES ADOPTIVOS
(RUA)**



Poder Judicial
Catamarca

PODER JUDICIAL DE CATAMARCA — SECRETARÍA DE SUPERINTENDENCIA

Nº DE LEGAJO: _____ JUZGADO: _____

LUGAR: _____ FECHA: ____/____/____

SOLICITANTE 1

APELLIDO/S: _____ DNI: _____

NOMBRE/S: _____ F. DE NAC: ____/____/____

NACIONALIDAD: _____ TEL. FIJO: _____

ESTADO CIVIL _____ CELULAR: _____

SOLTERO/A _____ DOMICILIO REAL: _____

CASADO/A F. DE CASAM.: ____/____/____

DIVORCIADO/A _____ DOMICILIO LEGAL: _____

VIUDO/A _____ LOCALIDAD: _____

OTRO _____ PROVINCIA: _____

UNION CONVIVENCIAL _____ CODIGO POSTAL: _____

SEPARADO _____

E-MAIL: _____

¿TRABAJA? _____

SI → OCUPACIÓN: _____

NO _____

INDIQUE COBERTURA DE SALUD: _____

SOLICITANTE 2

APELLIDO/S: _____ DNI: _____

NOMBRE/S: _____ F. DE NAC: ____/____/____

NACIONALIDAD: _____ TEL. FIJO: _____

ESTADO CIVIL _____ CELULAR: _____

SOLTERO/A _____ DOMICILIO: _____

CASADO/A F. DE CASAM.: ____/____/____

DIVORCIADO/A _____ LOCALIDAD: _____

VIUDO/A _____ PROVINCIA: _____

OTRO _____ CODIGO POSTAL: _____

UNION CONVIVENCIAL _____

SEPARADO _____

E-MAIL: _____

¿TRABAJA? _____

SI → OCUPACIÓN: _____

NO _____

INDIQUE COBERTURA DE SALUD: _____

DISPONIBILIDAD ADOPTIVACANTIDAD DE NIÑOS/AS: _____
NUMERO Y LETRAS

ACEPTA/N

GÉNERO

 EDAD/ES
 DESDE _____
NUMERO Y LETRAS
 HASTA _____
NUMERO Y LETRAS

 ¿ACEPTARÍA/N NIÑOS/AS
 DE OTRA PROVINCIA?
 SI
 NO

 HERMANOS
 MELLIZOS
 GRUPOS DE HERMANOS

 FEMENINO
 MASCULINO
 INDISTINTO
¿ACEPTA/N NIÑOS/AS Y/O ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD?
 SI
 NO

- En caso de responder que SI indique entre las siguientes opciones (puede elegir mas de una opción)
- FISICA (Involucra todas las personas que presentan una disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas de miembros inferiores y/o superiores que podría implicar sus habilidades motrices.)
 - INTELECTUAL (Se caracteriza por una alteración de la mente que podría limitar el funcionamiento de habilidades cognitivas, ocasionando alteraciones en las habilidades motoras, en el lenguaje y en la sociabilización.)
 - SENSORIAL (Comprende a las personas con ausencia o disminución de algunos de sus sentidos.)
 - PSICOSOCIAL (Se caracteriza por la alteración del bienestar psíquico, generando una posible modificación en las actividades sociales habituales. Este tipo de discapacidad es la llamada mental.)
 - VISCERAL (Término global que hace a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas de origen cardiovascular, hematológica, inmunológica, respiratoria, digestiva, metabólica, endocrina y genitourinaria (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes) que implica una limitación para el individuo a realizar una tarea o una acción en un contexto habitual, tomando como parámetro su capacidad real.)
 - ENFERMEDAD CORTO TRATAMIENTO
 - ENFERMEDAD LARGO TRATAMIENTO

MOTIVOS POR LOS CUALES DESEA/N ADOPTAR:

.....

EN CASO DE NECESITAR MAS ESPACIO SE PUEDE ADJUNTAR UNA CARTA AL PRESSENTE FORMULARIO...

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE 1

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DE SOLICITANTE 2

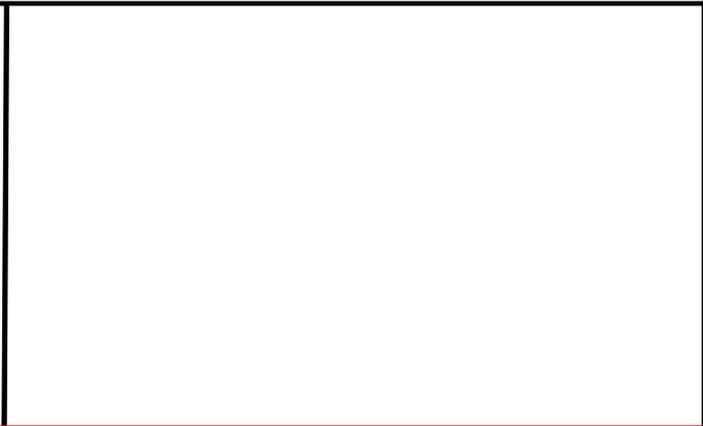


FOTO DEL SOLICITANTE 1

FOTO DEL SOLICITANTE 2

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

INTEGRANTE Nº _____

APELLIDO/S:	DNI:
NOMBRE/S:	F. DE NAC: ____/____/____

NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
---------------	-------------

EN CASO DE SER HIJO, ¿ES BIOLÓGICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	A CARGO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO → INDIQUE <input type="checkbox"/> GUARDA <input type="checkbox"/> ADOP. PLENA <input type="checkbox"/> ADOP. SIM- PLE ↓	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> UNION CONVIVENCIAL <input type="checkbox"/> SEPARADO	OBSERVACIONES:
¿CONVIVE CON EL SOLICITANTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE OTORGAMIENTO: ____/____/____	

DATOS LABORALES ↓	JUZGADO:
----------------------	----------

¿TRABAJA?	
<input type="checkbox"/> SI	OCUPACIÓN:
<input type="checkbox"/> NO	

INTEGRANTE Nº _____

APELLIDO/S:	DNI:
NOMBRE/S:	F. DE NAC: ____/____/____

NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
---------------	-------------

EN CASO DE SER HIJO, ¿ES BIOLÓGICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	A CARGO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO → INDIQUE <input type="checkbox"/> GUARDA <input type="checkbox"/> ADOP. PLENA <input type="checkbox"/> ADOP. SIM- PLE ↓	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> UNION CONVIVENCIAL <input type="checkbox"/> SEPARADO	OBSERVACIONES:
¿CONVIVE CON EL SOLICITANTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE OTORGAMIENTO: ____/____/____	

DATOS LABORALES ↓	JUZGADO:
----------------------	----------

¿TRABAJA?	
<input type="checkbox"/> SI	OCUPACIÓN:
<input type="checkbox"/> NO	

SI HAY MAS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, SOLICITAR OTRA HOJA PARA COMPLETAR...