



**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: ___/___/___	
<b>SOLICITANTE 1</b>			
APELLIDO/S:		DNI:	
NOMBRE/S:		F. DE NAC: ___/___/___	
NACIONALIDAD:		TEL. FIJO:	
ESTADO CIVIL		CELULAR:	
<input type="checkbox"/> SOLTERO/A		DOMICILIO REAL:	
<input type="checkbox"/> CASADO/A F. DE CASAM.: ___/___/___		DOMICILIO LEGAL:	
<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A		LOCALIDAD:	
<input type="checkbox"/> VIUDO/A		PROVINCIA:	
<input type="checkbox"/> OTRO		CODIGO POSTAL:	
<input type="checkbox"/> UNION CONVIVENCIAL			
<input type="checkbox"/> SEPARADO			
E-MAIL:			
¿TRABAJA?			
<input type="checkbox"/> SI → OCUPACIÓN:			
<input type="checkbox"/> NO		INDIQUE COBERTURA DE SALUD:	
<b>SOLICITANTE 2</b>			
APELLIDO/S:		DNI:	
NOMBRE/S:		F. DE NAC: ___/___/___	
NACIONALIDAD:		TEL. FIJO:	
ESTADO CIVIL		CELULAR:	
<input type="checkbox"/> SOLTERO/A		DOMICILIO:	
<input type="checkbox"/> CASADO/A F. DE CASAM.: ___/___/___		LOCALIDAD:	
<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A		PROVINCIA:	
<input type="checkbox"/> VIUDO/A		CODIGO POSTAL:	
<input type="checkbox"/> OTRO			
<input type="checkbox"/> UNION CONVIVENCIAL			
<input type="checkbox"/> SEPARADO			
E-MAIL:			
¿TRABAJA?			
<input type="checkbox"/> SI → OCUPACIÓN:			
<input type="checkbox"/> NO		INDIQUE COBERTURA DE SALUD:	

Los datos consignados en el presente formulario revisten carácter de Declaración Jurada

**DISPONIBILIDAD ADOPTIVA**CANTIDAD 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...