



1. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR SOLICITANTE

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	F. NACIMIENTO:
DNI/NIE:	
ESTUDIOS:	TEL.:
PROFESIÓN:	E-MAIL:
¿ES SOLICITANTE DE ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	F. NACIMIENTO
DNI/NIE:	
ESTUDIOS:	TEL.:
PROFESIÓN:	E-MAIL
¿ES SOLICITANTE DE ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS COMUNES DE LA UNIDAD FAMILIAR			
DOMICILIO ACTUAL:			
LOCALIDAD:			
AÑOS DE CONVIVENCIA:		¿TIENE HIJOS? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nº DE HIJOS:			
PERSONAS QUE CONVIVEN EN LA UNIDAD FAMILIAR			
NOMBRE	DNI	PARENTESCO	EDAD

2. CARACTERÍSTICAS CONCRETAS DE LA COLABORACIÓN

PERFIL DEL/LA MENOR CON EL/LA QUE ESTÁ DISPUESTO/A A COLABORAR	
Nº DE MENORES:	
- Un solo menor <input type="checkbox"/>	
- Grupo de dos hermanos <input type="checkbox"/>	
- Grupo de tres hermanos <input type="checkbox"/>	
- Otros: <input type="checkbox"/> Especificar:	
¿ Durante qué períodos prefiere que se desarrolle la colaboración (Marque uno o varios, según proceda).	
- Fines de semana <input type="checkbox"/>	
- Vacaciones de Navidad <input type="checkbox"/>	
- Vacaciones de Semana Santa <input type="checkbox"/>	
- Vacaciones de verano <input type="checkbox"/>	
- Puentes y otras festividades <input type="checkbox"/>	
- Otros períodos <input type="checkbox"/>	



3. MEDIO POR EL QUE CONOCIÓ ESTE PROGRAMA

- Redes Sociales
- Prensa escrita
- Radio
- Conocidos
- Otros (Especificar):

4. DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Copia del DNI/NIE de las persona solicitante y miembros de la unidad familiar mayores de 18 años.
- Certificado de delitos penales/sexuales de las personas que componen la unidad familiar mayores de 18 años).

5. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

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 requerida para la participación en el programa objeto de nuestra solicitud.

Firma,

En Santa Cruz de La Palma a

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES (marcar, en su caso)

- Declaro** bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado/a de la obligación de comunicar al Cabildo Insular de La Palma cualquier variación de datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.
- Autorizo** al Cabildo Insular de La Palma para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación sean necesarios para tramitar la presente solicitud, así como para la recopilación de los mismos y su incorporación a ésta.
- En caso de elección de **notificación electrónica**, la persona interesada acepta ser notificada de forma electrónica, como mecanismo de notificación predeterminado, utilizando para ello la dirección de correo electrónico y teléfono móvil indicados.
- La persona solicitante conoce que sus datos personales solamente serán utilizados para gestionar su solicitud, facilitar a la persona interesada la cumplimentación de futuras instancias y recibir comunicaciones en expedientes en los que pudiera resultar afectada. Dichos datos no se cederán a terceros, salvo obligación legal. Manifestando su consentimiento en los términos del artículo 6.1.a) del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de datos (Diario oficial UE 4/5/2016).
- Igualmente manifiesta conocer sus derechos a solicitar el acceso a sus datos personales, a solicitar su rectificación o supresión, a solicitar la limitación de su tratamiento, a oponerse al tratamiento y el derecho a la portabilidad de los datos.
- No padezco enfermedad física o psíquica que me incapacite para la participación en el Programa de Familias Amigas.
- Acepto el inicio y cese de las relaciones con el/la menor con el/la que colabore, a decisión del organismo que ostenta su tutela y/o guarda.

SR. CONSEJERA/O DEL ÁREA DE ACCIÓN SOCIAL, IGUALDAD, DIVERSIDAD, VIVIENDA Y SALUD