

**Anexos**

Anexo I: Modelos normalizados de solicitud de acreditación del Comité Coordinador de la Investigación Biomédica de Andalucía y sus anexos y de solicitud de acreditación de los Comités de Ética de la Investigación de Centros de Investigación Biomédica

00297069

### JUNTA DE ANDALUCÍA

### CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

#### ACREDITACIÓN COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA COMPOSICIÓN DEL COMITÉ (Código de procedimiento: 23081 )

| 1 RELACIÓN DE MIEMBROS                       |                                |  |          |
|--|--------------------------------|--|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                          |                                | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M   | DNI/NIE: |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                        |                                | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética<br><input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |          |
| CENTRO DE TRABAJO:                           | SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> Experto/a evaluación tecnologías sanitarias<br><input type="checkbox"/> Experto/a protección datos personales       |          |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: | TELÉFONO PROFESIONAL:          | <input type="checkbox"/> Responsable C. E. Bioética del SSPA   |          |
| APELLIDOS Y NOMBRE:                          |                                | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M   | DNI/NIE: |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                        |                                | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética<br><input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |          |
| CENTRO DE TRABAJO:                           | SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> Experto/a evaluación tecnologías sanitarias<br><input type="checkbox"/> Experto/a protección datos personales       |          |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: | TELÉFONO PROFESIONAL:          | <input type="checkbox"/> Responsable C. E. Bioética del SSPA   |          |
| APELLIDOS Y NOMBRE:                          |                                | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M   | DNI/NIE: |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                        |                                | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética<br><input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |          |
| CENTRO DE TRABAJO:                           | SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> Experto/a evaluación tecnologías sanitarias<br><input type="checkbox"/> Experto/a protección datos personales       |          |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: | TELÉFONO PROFESIONAL:          | <input type="checkbox"/> Responsable C. E. Bioética del SSPA   |          |
| APELLIDOS Y NOMBRE:                          |                                | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M   | DNI/NIE: |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                        |                                | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética<br><input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |          |
| CENTRO DE TRABAJO:                           | SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> Experto/a evaluación tecnologías sanitarias<br><input type="checkbox"/> Experto/a protección datos personales       |          |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: | TELÉFONO PROFESIONAL:          | <input type="checkbox"/> Responsable C. E. Bioética del SSPA   |          |
| APELLIDOS Y NOMBRE:                          |                                | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M   | DNI/NIE: |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                        |                                | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética<br><input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |          |
| CENTRO DE TRABAJO:                           | SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> Experto/a evaluación tecnologías sanitarias<br><input type="checkbox"/> Experto/a protección datos personales       |          |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: | TELÉFONO PROFESIONAL:          | <input type="checkbox"/> Responsable C. E. Bioética del SSPA   |          |



00297069



**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es).
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.
- d) Puede 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>.

003233/A01D

00297069

## JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

**ACREDITACIÓN COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA  
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES E INTERESES  
(Código de procedimiento: 23081)**

| 1                   | DATOS DE IDENTIDAD |
|---------------------|--------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: |                    |
| DNI/NIE:            |                    |

| 2  | COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD |
|--|--------------------------------|
| <p>Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 8/2020, de 30 de enero, sobre órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, el/la declarante, cuyos datos de identidad arriba se consignan,</p> <p>DECLARA conocer sus obligaciones y responsabilidades sobre la confidencialidad de la información a la que tenga acceso por su pertenencia al comité, y en particular, su obligación a respetar el derecho a la intimidad y la naturaleza confidencial de los datos de carácter personal de pacientes y personas vinculadas por razones familiares o de hecho, así como los datos de profesionales de la salud relacionados con los casos o proyectos analizados, aún después de su cese en estos órganos colegiados, conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Ley de Investigación Biomédica y Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Asimismo declara conocer su deber de confidencialidad respecto al contenido de las deliberaciones realizadas en el seno del comité, y en particular, sobre el contenido de los protocolos sometidos a deliberación, y</p> <p>SE COMPROMETE a:</p> <p>1) No revelar la información que reciba a lo largo de su relación con el comité, subsistiendo su compromiso tras la finalización de dicha relación, tanto si es información propia del comité, como si pertenece a un promotor u otra entidad que haya proporcionado al comité acceso a la misma.</p> <p>2) No utilizar la información con otros objetivos que no sean los derivados de su actividad como miembro del comité.</p> <p>3) Tratar de forma segura las copias en papel o digitales de la documentación objeto de su actividad como miembro del comité.</p> |                                |

| 3   | DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES E INTERESES |
|---|--|
| <p>Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto 8/2020, de 30 de enero, sobre órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, el/la declarante, cuyos datos de identidad arriba se consignan, formula la presente declaración de actividades e intereses que puedan interferir en la función de velar por el cumplimiento de los principios éticos y la salvaguarda de los derechos de pacientes o personas sujetas a investigación, describiendo su naturaleza e indicando su valor aproximado y la fecha de inicio:</p> <p>A) Intereses o actividades en empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, y en particular, relacionadas con la fabricación y venta de medicamentos o productos sanitarios.</p> <p>B) Remuneraciones de cualquier tipo, recibidas de personas o empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, por cualquier concepto (p.e. relación laboral; participación en consejos; participación en investigaciones; participación o asistencia a conferencias, cursos, congresos).</p> <p>C) Remuneraciones de cualquier tipo, recibidas de personas o empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, CON DESTINO AL PERSONAL CUYA JEFATURA EJERCE, por cualquier concepto (p.e. participación en investigaciones; participación o asistencia a conferencias, cursos, congresos, reuniones).</p> <p>D) Financiación económica o bienes de cualquier tipo, recibidos de personas o empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, CON DESTINO AL DEPARTAMENTO CUYA JEFATURA EJERCE, por cualquier concepto (p.e. sueldos, becas; financiación de investigaciones, programas científicos o sanitarios, conferencias, cursos, congresos, reuniones; dotación de material, mantenimiento del departamento).</p> <p>E) Otras actividades o intereses.</p> |  |



00297069

(Página 2 de 2)

ANEXO II

| 4  | DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
|--|-----------------------------------|
| <p>La persona abajo firmante se <b>COMPROMETE</b> al cumplimiento del compromiso de confidencialidad recogido en el apartado 2 y <b>DECLARA</b> la veracidad de las actividades e intereses relacionados en el apartado 3, firmando en prueba de conformidad con ello.</p> |                                   |
| <p>En ..... a ..... de ..... de .....<br/>EL/LA MIEMBRO (CANDIDATO/A) DEL COMITÉ.</p> <p>Fdo.: .....</p>   |                                   |

| CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS  |
|--|
| <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:</p> <p>a) El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica <a href="mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es">dpd.csalud@juntadeandalucia.es</a>.</p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.</p> <p>d) Puede 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.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a>.</p> |

003233/A02D

00297069



## JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

ACREDITACIÓN COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA  
GARANTÍA DE TIEMPO DISPONIBLE (Código de procedimiento: 23081)

| 1                        | DATOS DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO O INSTITUCIÓN |          |
|--------------------------|--|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:      |  | DNI/NIE: |
| CARGO DIRECTIVO:         |  |          |
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO: |  |          |

| 2                   | DATOS DEL/A TRABAJADOR/A |          |
|---------------------|--------------------------|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: |                          | DNI/NIE: |
| PUESTO DE TRABAJO:  |                          |          |

| 3   | GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD |
|---|----------------------------|
| Atendiendo a la garantía requerida en el apartado 2.d), del artículo 23, del Decreto 8/2020, de 30 de enero, sobre órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, el/la garante cuyos datos de identidad se recogen en el apartado 1, DECLARA que conoce las cargas laborales derivadas del puesto ejercido por el/la trabajador/a referido/a en el apartado 2 y las derivadas del ejercicio de la actividad de miembro del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, y GARANTIZA la disponibilidad de tiempo en su jornada laboral para el ejercicio de estas últimas. |                            |

| 4   | DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
|---|-----------------------------------|
| La persona abajo firmante se COMPROMETE al cumplimiento de la garantía recogida en el apartado 3, firmando en prueba de conformidad con ello. |                                   |
| En ..... a ..... de ..... de .....  |                                   |
| LA DIRECCIÓN DEL CENTRO O INSTITUCIÓN.  |                                   |
| Fdo.: .....   |                                   |

| CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS  |
|--|
| En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:   |
| a) El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.   |
| b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es.  |
| c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía. |
| d) Puede 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: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a> .  |



003233/A03D

00297069



## JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

**ACREDITACIÓN COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA  
INFRAESTRUCTURA, MEDIOS DISPONIBLES Y RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA TÉCNICA  
(Código de procedimiento: 23081 )**

| 1 SEDE DE LA SECRETARÍA    |        |                             |         |  |           |  |              |
|----------------------------|--------|-----------------------------|---------|--|-----------|--|--------------|
| CENTRO:                    |        | EDIFICIO:                   |         | PLANTA:                                      |           | DEPARTAMENTO:  |              |
| DOMICILIO:                 |        |                             |         |  |           |  |              |
| TIPO DE VÍA:               |        | NOMBRE DE LA VÍA:           |         |  |           |  |              |
| NÚMERO:                    | LETRA: | KM EN LA VÍA:               | BLOQUE: | PORTAL:                                      | ESCALERA: | PLANTA:  | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:      |        | MUNICIPIO:                  |         | PROVINCIA:                                   |           | PAÍS:  | CÓD. POSTAL: |
|                            |        |                             |         |  |           |  |              |
| TELÉFONO FIJO SECRETARÍA:  |        | TELÉFONO MÓVIL SECRETARÍA:  |         | CORREO ELECTRÓNICO SECRETARÍA:               |           |  |              |
| 2 SECRETARIO/A             |        |                             |         |  |           |  |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE:        |        |                             |         |  |           |  |              |
| 3 PERSONAL TÉCNICO         |        |                             |         |  |           |  |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE:        |        |                             |         | DNI/NIE:                                     |           | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida<br><input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |              |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:      |        |                             |         |  |           |  |              |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL: |        | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: |         | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: |           |  |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE:        |        |                             |         | DNI/NIE:                                     |           | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida<br><input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |              |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:      |        |                             |         |  |           |  |              |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL: |        | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: |         | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: |           |  |              |
| 4 PERSONAL ADMINISTRATIVO  |        |                             |         |  |           |  |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE:        |        |                             |         | DNI/NIE:                                     |           | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida<br><input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |              |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:      |        |                             |         |  |           |  |              |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL: |        | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: |         | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: |           |  |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE:        |        |                             |         | DNI/NIE:                                     |           | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida<br><input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |              |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:      |        |                             |         |  |           |  |              |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL: |        | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: |         | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: |           |  |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE:        |        |                             |         | DNI/NIE:                                     |           | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida<br><input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |              |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:      |        |                             |         |  |           |  |              |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL: |        | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: |         | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL: |           |  |              |



003233/AO4D

00297069

| 5 INFRAESTRUCTURAS Y MEDIOS DISPONIBLES                                 |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dependencias de acceso exclusivo               | <input type="checkbox"/> Sala de reuniones                            | <input type="checkbox"/> Política de seguridad TIC                               |
| <input type="checkbox"/> Archivo de acceso exclusivo con puerta y llave | <input type="checkbox"/> Infraestructura para videoconferencia        | <input type="checkbox"/> Fuentes de información primaria, secundaria y terciaria |
| <input type="checkbox"/> Armario de uso exclusivo con llave             | <input type="checkbox"/> Infraestructura para audioconferencia        | <input type="checkbox"/> Procedimientos normalizados de trabajo                  |
| <input type="checkbox"/> Archivador de uso exclusivo con llave          | <input type="checkbox"/> Ofimática con internet para todo el personal | <input type="checkbox"/> Presupuesto específico anual para formación y dietas    |
| <input type="checkbox"/> Instalaciones de uso exclusivo                 | <input type="checkbox"/> Firma electrónica de documentos              | <input type="checkbox"/> Conexión al REec, Portal UE y PEIBA                     |

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:

- El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es).
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.
- Puede 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>.

003233/A04D

00297069



(Página 1 de 3)

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

SOLICITUD

**ACREDITACIÓN COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA**  
(Código de procedimientos: 20631; 20632) ACREDITACIÓN INICIAL  RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

| 1 DATOS DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA |        |                   |                     |            |           |              |         |
|---|--------|-------------------|---------------------|------------|-----------|--------------|---------|
| DENOMINACIÓN:                                 |        |                   |                     |            |           |              |         |
| RAZÓN SOCIAL:                                 |        |                   |                     |            |           | NIF:         |         |
| DOMICILIO:                                    |        |                   |                     |            |           |              |         |
| TIPO DE VÍA:                                  |        | NOMBRE DE LA VÍA: |                     |            |           |              |         |
| NÚMERO:                                       | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:             | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:                         |        | MUNICIPIO:        |                     | PROVINCIA: | PAÍS:     | CÓD. POSTAL: |         |
| TELÉFONO FIJO:                                |        | TELÉFONO MÓVIL:   | CORREO ELECTRÓNICO: |            |           |              |         |
| DIRECTOR/A GERENTE O ADMINISTRADOR/A:         |        |                   |                     |            |           | DNI/NIE:     |         |

| 2 DATOS DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN |   |
|---|---|
| DENOMINACIÓN:                                   | TIPO:<br><input type="checkbox"/> CEI <input type="checkbox"/> CEIm |

| 3 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE                 |          |
|---|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                               | DNI/NIE: |
| CARGO ORGÁNICO O NATURALEZA DE LA REPRESENTACIÓN: |          |

| 4 NOTIFICACIÓN   |        |                 |                     |            |           |              |         |
|--|--------|-----------------|---------------------|------------|-----------|--------------|---------|
| <b>4.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN</b><br>(A cumplimentar por las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)   |        |                 |                     |            |           |              |         |
| Marque solo una opción.  |        |                 |                     |            |           |              |         |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1)   |        |                 |                     |            |           |              |         |
| LUGAR DE NOTIFICACIÓN  |        |                 |                     |            |           |              |         |
| TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:   |        |                 |                     |            |           |              |         |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:             | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |        | MUNICIPIO:      |                     | 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 de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .   |        |                 |                     |            |           |              |         |



00297069



(Página 2 de 3)

|  |  |
|--|--|
| <b>4</b>   | <b>NOTIFICACIÓN</b> (Continuación)   |
| <b>4.2</b>   | <b>NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA</b><br>(A cumplimentar por las personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración) |
| <p>Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo (1)</p> <p>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.</p> <p>Correo electrónico: ..... Nº teléfono móvil: .....</p> <p>(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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a>.</p> |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>5</b>   | <b>DOCUMENTACIÓN</b> (artículo 25 del Decreto 8/2000, de 30 de enero) |
| <p>Presento la siguiente documentación obligatoria:</p> <p>A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA.</p> <p><input type="checkbox"/> Acreditación de la representación que ostenta el solicitante.</p> <p>B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA LA ACREDITACIÓN DEL COMITÉ.</p> <p><input type="checkbox"/> Composición del comité de acuerdo con lo establecido en el artículo 19, del Decreto 8/2020, de 30 de enero (anexo I).</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Curriculum vitae</i> de cada una de las personas propuestas para formar parte del comité.</p> <p><input type="checkbox"/> Compromiso de confidencialidad y declaración de actividades e intereses de cada una de las personas propuestas para formar parte del comité (anexo II).</p> <p><input type="checkbox"/> Garantía explícita firmada por la dirección de la institución o centro al que pertenece cada una de las personas miembros del comité, de que disponen de tiempo suficiente para asumir las funciones del comité (anexo III).</p> <p><input type="checkbox"/> Sede del Comité de Ética de la Investigación y ámbito geográfico de actuación (anexo IV).</p> <p><input type="checkbox"/> Infraestructura, medios disponibles y recursos humanos de la secretaría técnica, que permitan el normal funcionamiento del comité (anexo V).</p> <p>C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA LA RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DEL COMITÉ.</p> <p><input type="checkbox"/> Composición actualizada del comité, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19, del Decreto 8/2020, de 30 de enero (anexo I).</p> <p><input type="checkbox"/> Actualización del <i>curriculum vitae</i> de cada uno de los miembros del comité.</p> <p><input type="checkbox"/> Compromiso de confidencialidad y declaración de actividades e intereses de los nuevos miembros del comité desde la acreditación o última renovación y actualización de la declaración de actividades e intereses del resto de los miembros (anexo II).</p> <p><input type="checkbox"/> Garantía explícita firmada por la dirección de la institución o centro al que pertenece cada una de las personas miembros del comité, de que disponen de tiempo suficiente para asumir las funciones del comité (anexo III).</p> <p><input type="checkbox"/> Actualización de la sede del comité y del ámbito geográfico de actuación (anexo IV).</p> <p><input type="checkbox"/> Actualización de la infraestructura, medios disponibles y recursos humanos de la secretaría técnica, que permitan el normal funcionamiento del comité (anexo V).</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria de la actividad realizada en los últimos 12 meses.</p> <p>D) DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS.</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación distinta de la anterior recogida en los criterios específicos comunes para la acreditación, inspección y renovación de la acreditación de estos comités fijados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, conforme a lo dispuesto en el artículo 13, del Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre.</p> |   |

| DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA   |                             |                                 |   |
|---|-----------------------------|---------------------------------|---|
| 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, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                             |                                 |   |
| Documento   | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   | .....                       | .....                           | .....   |
| 2   | .....                       | .....                           | .....   |
| 3   | .....                       | .....                           | .....   |
| 4   | .....                       | .....                           | .....   |
| 5   | .....                       | .....                           | .....   |
| 6   | .....                       | .....                           | .....   |
| 7   | .....                       | .....                           | .....   |
| 8   | .....                       | .....                           | .....   |

| DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES  |                                 |                                 |   |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---|
| Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                                 |                                 |   |
| Documento  | Administración Pública y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1  | .....                           | .....                           | .....   |
| 2  | .....                           | .....                           | .....   |
| 3  | .....                           | .....                           | .....   |
| 4  | .....                           | .....                           | .....   |
| 5  | .....                           | .....                           | .....   |
| 6  | .....                           | .....                           | .....   |
| 7  | .....                           | .....                           | .....   |

003234D

00297069



(Página 3 de 3)

|   |   |
|---|---|
| <b>6</b>  | <b>DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b> |
| La persona abajo firmante DECLARA que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y SOLICITA la acreditación del Comité de Ética de la Investigación detallado en la misma |   |
| En ..... a ..... de ..... de .....  |   |
| LA PERSONA SOLICITANTE  |   |
| Fdo.: .....   |   |

**ILMO/A. SR/A. TITULAR DEL ÓRGANO ACREDITADOR EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN DE LA CONSEJERÍA COMPETENTE EN MATERIA DE SALUD**

**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 1 | 6 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

|   |
|---|
| <b>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>  |
| En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:  |
| a) El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.  |
| b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica <a href="mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es">dpd.csalud@juntadeandalucia.es</a> .  |
| c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición de los Comités de Ética de la Investigación de Centros que realicen investigación biomédica, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía. |
| d) Puede 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: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a> .   |

003234D

00297069



### JUNTA DE ANDALUCÍA

### CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

#### ACREDITACIÓN COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA COMPOSICIÓN DEL COMITÉ (Código de procedimientos: 20631; 20632)

| 1 DENOMINACIÓN DEL COMITÉ   |  |
|---|--|
| DENOMINACIÓN:   |  |
| TIPO:<br><input type="checkbox"/> CEI <input type="checkbox"/> CEIm |  |

| 2 RELACIÓN DE MIEMBROS                                      |  |
|---|--|
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |
| SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |  |
| DNI/NIE:  |  |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética             |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |
| CENTRO DE TRABAJO:  | <input type="checkbox"/> Experto/a protección de datos personales          |
| SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO:                              | <input type="checkbox"/> Membro comisión de investigación                  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                | <input type="checkbox"/> Membro Comité de Ética Asistencial                |
| TELÉFONO PROFESIONAL:                                       |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |
| SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |  |
| DNI/NIE:  |  |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética             |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |
| CENTRO DE TRABAJO:  | <input type="checkbox"/> Experto/a protección de datos personales          |
| SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO:                              | <input type="checkbox"/> Membro comisión de investigación                  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                | <input type="checkbox"/> Membro Comité de Ética Asistencial                |
| TELÉFONO PROFESIONAL:                                       |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |
| SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |  |
| DNI/NIE:  |  |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética             |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |
| CENTRO DE TRABAJO:  | <input type="checkbox"/> Experto/a protección de datos personales          |
| SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO:                              | <input type="checkbox"/> Membro comisión de investigación                  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                | <input type="checkbox"/> Membro Comité de Ética Asistencial                |
| TELÉFONO PROFESIONAL:                                       |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |
| SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |  |
| DNI/NIE:  |  |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética             |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |
| CENTRO DE TRABAJO:  | <input type="checkbox"/> Experto/a protección de datos personales          |
| SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO:                              | <input type="checkbox"/> Membro comisión de investigación                  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                | <input type="checkbox"/> Membro Comité de Ética Asistencial                |
| TELÉFONO PROFESIONAL:                                       |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |
| SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |  |
| DNI/NIE:  |  |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética             |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |
| CENTRO DE TRABAJO:  | <input type="checkbox"/> Experto/a protección de datos personales          |
| SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO:                              | <input type="checkbox"/> Membro comisión de investigación                  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                | <input type="checkbox"/> Membro Comité de Ética Asistencial                |
| TELÉFONO PROFESIONAL:                                       |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |
| SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |  |
| DNI/NIE:  |  |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada bioética             |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:                                       | <input type="checkbox"/> Formación experta acreditada metod. investigación |
| CENTRO DE TRABAJO:  | <input type="checkbox"/> Experto/a protección de datos personales          |
| SERVICIO/SECCIÓN/DEPARTAMENTO:                              | <input type="checkbox"/> Membro comisión de investigación                  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                | <input type="checkbox"/> Membro Comité de Ética Asistencial                |
| TELÉFONO PROFESIONAL:                                       |  |



003234/AOTD

00297069



**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es).
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición de los Comités de Ética de la Investigación de Centros que realicen investigación biomédica, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.
- d) Puede 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>.

003234/A01D

00297069

### JUNTA DE ANDALUCÍA

### CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

#### ACREDITACIÓN COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES E INTERESES (Código de procedimiento: 23081)

| 1                   | DATOS DE IDENTIDAD |
|---------------------|--------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: |                    |
| DNI/NIE:            |                    |

| 2   | COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD |
|---|--------------------------------|
| <p>Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 8/2020, de 30 de enero, sobre órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, el/la declarante, cuyos datos de identidad arriba se consignan,</p> <p>DECLARA conocer sus obligaciones y responsabilidades sobre la confidencialidad de la información a la que tenga acceso por su pertenencia al comité, y en particular, su obligación a respetar el derecho a la intimidad y la naturaleza confidencial de los datos de carácter personal de pacientes y personas vinculadas por razones familiares o de hecho, así como los datos de profesionales de la salud relacionados con los casos o proyectos analizados, aún después de su cese en estos órganos colegiados, conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Ley de Investigación Biomédica y Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Asimismo declara conocer su deber de confidencialidad respecto al contenido de las deliberaciones realizadas en el seno del comité, y en particular, sobre el contenido de los protocolos sometidos a deliberación, y</p> <p>SE COMPROMETE a:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) No revelar la información que reciba a lo largo de su relación con el comité, subsistiendo su compromiso tras la finalización de dicha relación, tanto si es información propia del comité, como si pertenece a un promotor u otra entidad que haya proporcionado al comité acceso a la misma.</li><li>2) No utilizar la información con otros objetivos que no sean los derivados de su actividad como miembro del comité.</li><li>3) Tratar de forma segura las copias en papel o digitales de la documentación objeto de su actividad como miembro del comité.</li></ol> |                                |

| 3   | DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES E INTERESES |
|---|--|
| <p>Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto 8/2020, de 30 de enero, sobre órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, el/la declarante, cuyos datos de identidad arriba se consignan, formula la presente declaración de actividades e intereses que puedan interferir en la función de velar por el cumplimiento de los principios éticos y la salvaguarda de los derechos de pacientes o personas sujetas a investigación, describiendo su naturaleza e indicando su valor aproximado y la fecha de inicio:</p> <p>A) Intereses o actividades en empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, y en particular, relacionadas con la fabricación y venta de medicamentos o productos sanitarios.</p> <p>B) Remuneraciones de cualquier tipo, recibidas de personas o empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, por cualquier concepto (p.e. relación laboral; participación en consejos; participación en investigaciones; participación o asistencia a conferencias, cursos, congresos).</p> <p>C) Remuneraciones de cualquier tipo, recibidas de personas o empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, CON DESTINO AL PERSONAL CUYA JEFATURA EJERCE, por cualquier concepto (p.e. participación en investigaciones; participación o asistencia a conferencias, cursos, congresos, reuniones).</p> <p>D) Financiación económica o bienes de cualquier tipo, recibidos de personas o empresas promotoras o vinculadas a promotores de investigación biomédica, CON DESTINO AL DEPARTAMENTO CUYA JEFATURA EJERCE, por cualquier concepto (p.e. sueldos, becas; financiación de investigaciones, programas científicos o sanitarios, conferencias, cursos, congresos, reuniones; dotación de material, mantenimiento del departamento).</p> <p>E) Otras actividades o intereses.</p> |  |



00297069



| 4  | DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
|--|-----------------------------------|
| <p>La persona abajo firmante se <b>COMPROMETE</b> al cumplimiento del compromiso de confidencialidad recogido en el apartado 2 y <b>DECLARA</b> la veracidad de las actividades e intereses relacionados en el apartado 3, firmando en prueba de conformidad con ello.</p> |                                   |
| <p>En ..... a ..... de ..... de .....<br/>EL/LA MIEMBRO (CANDIDATO/A) DEL COMITÉ.</p> <p>Fdo.: .....</p>   |                                   |

| CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS  |
|--|
| <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:</p> <p>a) El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica <a href="mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es">dpd.csalud@juntadeandalucia.es</a>.</p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.</p> <p>d) Puede 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.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a>.</p> |

003233/A02D

00297069



## JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

ACREDITACIÓN COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA  
GARANTÍA DE TIEMPO DISPONIBLE (Código de procedimientos: 20631; 20632)

| 1                        | DATOS DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO O INSTITUCIÓN |          |
|--------------------------|--|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:      |  | DNI/NIE: |
| CARGO DIRECTIVO:         |  |          |
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO: |  |          |

| 2                   | DATOS DEL/A TRABAJADOR/A |          |
|---------------------|--------------------------|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: |                          | DNI/NIE: |
| PUESTO DE TRABAJO:  |                          |          |

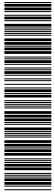
| 3  | GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD |
|--|----------------------------|
| Atendiendo a la garantía requerida en el apartado 2.d), del artículo 25, del Decreto 8/2020, de 30 de enero, sobre órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, el/la garante cuyos datos de identidad se recogen en el apartado 1, DECLARA que conoce las cargas laborales derivadas del puesto ejercido por el/la trabajador/a referido/a en el apartado 2 y las derivadas del ejercicio de la actividad de miembro de un Comité de Ética de la Investigación, y GARANTIZA la disponibilidad de tiempo en su jornada laboral para el ejercicio de estas últimas. |                            |

| 4   | DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
|---|-----------------------------------|
| La persona abajo firmante se COMPROMETE al cumplimiento de la garantía recogida en el apartado 3, firmando en prueba de conformidad con ello. |                                   |
| En ..... a ..... de ..... de .....  |                                   |
| LA DIRECCIÓN DEL CENTRO O INSTITUCIÓN.  |                                   |
| Fdo.: .....   |                                   |

## CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:

- El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.
  - Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es).
  - Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición de los Comités de Ética de la Investigación de Centros que realicen investigación biomédica, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.
  - Puede 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>.



003234/A03D

00297069









## JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

**ACREDITACIÓN COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA  
INFRAESTRUCTURA, MEDIOS DISPONIBLES Y RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA TÉCNICA**  
(Código de procedimientos: 20631; 20632)

| 1 DENOMINACIÓN DEL COMITÉ   |                             |   |   |                                |           |              |         |
|---|-----------------------------|---|---|--------------------------------|-----------|--------------|---------|
| DENOMINACIÓN:   |                             |   |   |                                |           |              |         |
| TIPO:<br><input type="checkbox"/> CEI <input type="checkbox"/> CEIm |                             |   |   |                                |           |              |         |
| 2 SEDE DE LA SECRETARÍA   |                             |   |   |                                |           |              |         |
| CENTRO:   | EDIFICIO:                   | PLANTA:   | DEPARTAMENTO:   |                                |           |              |         |
| DOMICILIO:<br>TIPO DE VÍA:  |                             | NOMBRE DE LA VÍA:   |   |                                |           |              |         |
| NÚMERO:   | LETRA:                      | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:   | PORTAL:                        | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |                             | MUNICIPIO:  |   | PROVINCIA:                     | PAÍS:     | CÓD. POSTAL: |         |
| TELÉFONO FIJO SECRETARÍA:   |                             | TELÉFONO MÓVIL SECRETARÍA:                                    |   | CORREO ELECTRÓNICO SECRETARÍA: |           |              |         |
| 3 SECRETARIO/A  |                             |   |   |                                |           |              |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |                             |   |   |                                |           |              |         |
| 4 PERSONAL TÉCNICO  |                             |   |   |                                |           |              |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |                             | DNI/NIE:  | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida |                                |           |              |         |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:   |                             | <input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |   |                                |           |              |         |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL:  | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                  |   |                                |           |              |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |                             | DNI/NIE:  | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida |                                |           |              |         |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:   |                             | <input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |   |                                |           |              |         |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL:  | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                  |   |                                |           |              |         |
| 5 PERSONAL ADMINISTRATIVO   |                             |   |   |                                |           |              |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |                             | DNI/NIE:  | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida |                                |           |              |         |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:   |                             | <input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |   |                                |           |              |         |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL:  | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                  |   |                                |           |              |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |                             | DNI/NIE:  | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida |                                |           |              |         |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:   |                             | <input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |   |                                |           |              |         |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL:  | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                  |   |                                |           |              |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |                             | DNI/NIE:  | <input type="checkbox"/> Relación laboral fija o indefinida |                                |           |              |         |
| TITULACIÓN ACADÉMICA:   |                             | <input type="checkbox"/> Dedicación exclusiva a la secretaría |   |                                |           |              |         |
| TELÉFONO FIJO PROFESIONAL:  | TELÉFONO MÓVIL PROFESIONAL: | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL:                  |   |                                |           |              |         |



003234/A05D

00297069

| 6 INFRAESTRUCTURAS Y MEDIOS DISPONIBLES                                 |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dependencias de acceso exclusivo               | <input type="checkbox"/> Sala de reuniones                            | <input type="checkbox"/> Política de seguridad TIC                               |
| <input type="checkbox"/> Archivo de acceso exclusivo con puerta y llave | <input type="checkbox"/> Infraestructura para videoconferencia        | <input type="checkbox"/> Fuentes de información primaria, secundaria y terciaria |
| <input type="checkbox"/> Armario de uso exclusivo con llave             | <input type="checkbox"/> Infraestructura para audioconferencia        | <input type="checkbox"/> Procedimientos normalizados de trabajo                  |
| <input type="checkbox"/> Archivador de uso exclusivo con llave          | <input type="checkbox"/> Ofimática con internet para todo el personal | <input type="checkbox"/> Presupuesto específico anual para formación y dietas    |
| <input type="checkbox"/> Instalaciones de uso exclusivo                 | <input type="checkbox"/> Firma electrónica de documentos              | <input type="checkbox"/> Conexión al REec, Portal UE y PEIBA                     |

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa que:

- El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, con sede en Avda. de la Innovación, s/n, edificio Arena 1, 41020 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es).
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para conocer la composición de los Comités de Ética de la Investigación de Centros que realicen investigación biomédica, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.
- Puede 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>.

003234/A05D

00297069

Anexo II: Modelos normalizados para el Decreto ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social.

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad



**SOLICITUD**  
**RENDA MÍNIMA DE INSERCIÓN SOCIAL EN ANDALUCÍA (Código procedimiento: 12563)**

**DELEGACIÓN TERRITORIAL (A cumplimentar por la Administración):**

**Zona Básica de Servicios Sociales (Centro de Servicios Sociales Comunitarios)**

**NUEVA SOLICITUD**  **AMPLIACIÓN**

Decreto-Ley 3/2017 de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía.

**1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE**

|   |               |                     |  |                    |
|---|---------------|---------------------|--|--------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |               |                     | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| FECHA DE NACIMIENTO:  | NACIONALIDAD: | PAÍS DE NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |                    |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN: |               |                     | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF:       |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |               |                     |  |                    |

**2. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

Marque solo una opción.

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

|                       |        |                   |         |                     |           |              |         |
|-----------------------|--------|-------------------|---------|---------------------|-----------|--------------|---------|
| TIPO DE VÍA:          |        | NOMBRE DE LA VÍA: |         |                     |           |              |         |
| NÚMERO:               | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN: |        | MUNICIPIO:        |         | 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 las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N° 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>. Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero.

**3. DATOS BANCARIOS**

IBAN: E S / / / / /

Entidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

NOTA: Deberá estar de alta en el Registro de cuentas de Terceros de la Tesorería General de la Junta de Andalucía.



002697/6

00297069





| 4. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR                              |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
|---|-----------------|-------------------|------------|---------|---------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-----------------------|-----------------|--|--|
| 4.1. DOMICILIO DE LA VIVIENDA                               |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
| DOMICILIO:  |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
| TIPO DE VÍA:  |                 | NOMBRE DE LA VÍA: |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
| NÚMERO:   | LETRA:          | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:    | PORTAL: | ESCALERA:           | PLANTA:      | PUERTA:      |              |             |                       |                 |  |  |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:                                       |                 |                   | MUNICIPIO: |         | PROVINCIA:          | PAÍS:        | CÓD. POSTAL: |              |             | TIPO DE VIVIENDA: (1) |                 |  |  |
| 4.2 DATOS DE LAS PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
| PARENTESCO  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO  | NOMBRE     | DNI/NIE | FECHA DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD | SEXO         | ESTADO CIVIL | N. ESTUDIOS | SIT. LABORAL          | SIT. ESPECÍFICA | CONSENTIMIENTO EXPRESO DATOS TRIBUTARIOS FIRMA (*) |  |
|   |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
|   |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
|   |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
|   |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |
|   |                 |                   |            |         |                     |              |              |              |             |                       |                 |  |  |

(\*) La persona firmante (mayores de 14 años) presta su CONSENTIMIENTO para el suministro de datos de renta a la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, a los efectos de comprobación de los de los requisitos exigibles al amparo del Decreto-ley 3/2017, de 19 de diciembre o bien NO CONSIENTE y NO FIRMA y aporta declaración del Impuesto sobre la Renta de las personas físicas referida a la fecha de la solicitud. En caso de no tener obligación de presentar esta declaración aportará certificado de retenciones de rendimientos percibidos, o en su defecto, declaración de ingresos.

(1) 31. Vivienda propia con hipoteca; 32. Vivienda propia sin hipoteca; 33. Vivienda alquilada; 34. Vivienda cedida; 35. Vivienda comunitaria / Establecimiento o centro colectivo; 36. Pensión / hostel / similar; 37. Chabola / cueva/ infravivienda; 38. Caravana / vehículo; 39. Otros.

006697/6

00297069





| 4. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (Continuación)   |                     |                        |                        |                        |
|---|---------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 4.3 SITUACIÓN ECONÓMICA Y PATRIMONIAL DE LA UNIDAD FAMILIAR   |                     |                        |                        |                        |
| NOMBRE Y APELLIDOS  | INGRESOS FAMILIARES |                        | BIENES MUEBLES         |                        |
|   | CUANTÍA MENSUAL     | FUENTE DEL INGRESO (*) | CONCEPTO               | RENDIMIENTOS MENSUALES |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
| OTROS INMUEBLES DISTINTOS DE LA VIVIENDA HABITUAL   |                     |                        |                        |                        |
| NOMBRE Y APELLIDOS  |                     |                        | RENDIMIENTOS MENSUALES |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
| 4.4 OTRAS PERSONAS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA (marque con una X la situación que proceda)  |                     |                        |                        |                        |
| <input type="checkbox"/> Sólo existe una unidad familiar en la vivienda<br><input type="checkbox"/> Unidad familiar que comparte vivienda con otra unidad familiar. (En este caso, cumplimente la tabla siguiente). |                     |                        |                        |                        |
| PARENTESCO  | NOMBRE              | PRIMER APELLIDO        | SEGUNDO APELLIDO       | DNI/NIE                |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |
|   |                     |                        |                        |                        |

(\*) 40. Cotización de personas autónomas; 41. Trabajo por cuenta propia; 42. Trabajo por cuenta ajena; 43. Prestaciones contributivas; 44. Prestaciones y subsidios no contributivos; 45. Ayudas y subvenciones; 46. Rendimientos del capital inmobiliario; 47. Pensión compensatoria.

002697/6

00297069







## 5. DECLARACIONES

**DECLARO**, bajo mi expresa responsabilidad:

- Que el resto de personas integrantes de la unidad familiar mayores de 16 años han sido informadas acerca de la cláusula de protección de datos que figura en esta solicitud.
- Que yo, y las demás personas integrantes de la unidad familiar, se comprometen a:
- Participar y cumplir el Plan de inclusión sociolaboral.
  - Comunicar a la Delegación Territorial de esta Consejería, a través de los servicios sociales comunitarios, en el plazo máximo de 15 días desde el hecho causante, la modificación sobrevenida de cualquier circunstancia distinta de las declaradas en la solicitud, a excepción de las altas y bajas laborales que se produzcan desde la solicitud hasta la resolución, que serán verificadas por el órgano competente para resolver.
  - Solicitar las prestaciones, contributivas o no contributivas, así como reclamar los derechos que por cualquier título pudiera corresponderles a fin de incrementar sus recursos económicos, ejerciendo las acciones pertinentes para hacerlos efectivos.
  - No rechazar injustificadamente ofertas de empleo adecuadas.
  - Prestar a la Administración la colaboración necesaria para una eficaz gestión del Plan de inclusión socio laboral.

## 6. DOCUMENTACIÓN

**PRESENTO** la siguiente documentación:

- Certificado de empadronamiento histórico colectivo, con datos de un año de antelación a la fecha de presentación de la solicitud.
- Documento bancario de la persona solicitante como titular de la cuenta bancaria donde conste el código IBAN y la entidad bancaria para, en su caso, hacer la liquidación del pago de la prestación.
- Otra documentación que deba acompañar a la solicitud según la situación, de acuerdo con el Anexo II.
- En caso de Oponerse a la consulta de datos alguna de las personas integrantes de la unidad familiar, aporta la documentación acreditativa correspondiente, junto al Anexo VIII.
- En caso de NO CONSENTIR, alguna de las personas integrantes de la unidad familiar, la consulta de los datos tributarios, aporta la documentación acreditativa.

## 7. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario y **SOLICITA** la concesión de la renta mínima de inserción, así como en nombre de la unidad familiar que representa **SOLICITA** la inclusión de la cuenta bancaria indicada en el apartado 3 en el sistema de Gestión Integral de Recursos Organizativos de la Junta de Andalucía, en caso de no estarlo.

En ..... a ..... de ..... de .....  
LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: .....

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DEL INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD EN .....

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE 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 Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente, cuya dirección es Avda. Hytasa 14. 41071 Sevilla dg.psybap.cisjufi@juntadeandalucia.es
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento de concesión de la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía, con la finalidad de constatar el cumplimiento de la normativa específica en esta materia. De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y el artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales la licitud de dicho tratamiento se fundamenta en el cumplimiento de una obligación legal y una misión en interés público, consecuencia de lo establecido en el Decreto-Ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- La Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente, contempla la cesión de datos a Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, Servicio Andaluz de Empleo, Servicios Sociales Comunitarios, Registro de prestaciones sociales públicas del Ministerio competente en materia de Seguridad Social y Empleo, docentes, así como a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:  
<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos> [217348]

002697/6

00297069





### INFORMACIÓN

- a) La presentación de esta solicitud conlleva la autorización al órgano gestor para el acceso a los datos necesarios para la comprobación del cumplimiento de los requisitos de acceso a la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía de todas las personas integrantes de la unidad familiar, en virtud de los artículos 14 y 27 del Decreto Ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía, y el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- b) De conformidad con el artículo 32.2 del Decreto Ley 3/2017, de 19 de diciembre, el plazo máximo para resolver y notificar la resolución será de 2 meses a contar desde el día 1º del mes siguiente a la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en la Delegación Territorial de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación del silencio negativo, sin perjuicio de la obligación de dictar resolución expresa sin vinculación al sentido del silencio, conforme al artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO****1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE**

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos al DNI/NIE son obligatorios para las personas mayores de 14 años.

En el campo relativo al estado civil deberá consignar lo siguiente: 1. Soltero/a; 2. Casado/a; 3. Separado/a; 4. Divorciado/a; 5. Pareja análoga; 6. Viudo/a; 8. Pareja de hecho.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación, por ejemplo, en caso de representante legal: padre, madre, tutor/a.

**2. NOTIFICACIÓN**

Será necesario marcar una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.

- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación. Asimismo, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder recibir los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- Si desea modificar el medio a través del que recibirá la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**3. DATOS BANCARIOS**

Será obligatorio cumplimentar los datos relativos al IBAN, así como en relación al resto de datos - Entidad/ Domicilio/ Localidad/ Provincia/ Código Postal-, resulta conveniente su cumplimentación al objeto de evitar errores.

**4. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Deberá cumplimentar los datos que se le requieren en los diferentes apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

- **4.1.-** En los datos relativos al TIPO DE VIVIENDA se deberá indicar alguna de las siguientes opciones: 31. Vivienda propia con hipoteca; 32. Vivienda propia sin hipoteca; 33. Vivienda alquilada; 34. Vivienda cedida; 35. Vivienda comunitaria / Establecimiento o centro colectivo; 36. Pensión / hostel / similar; 37. Chabola / cueva/ infravivienda; 38. Caravana / vehículo; 39. Otros.

- **4.2.- DATOS DE LAS PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:**

Para el campo relativo a PARENTESCO, deberá indicar alguna de las siguientes opciones: 51. Solicitante; 52. Pareja análoga; 53. Pareja de hecho; 54. Cónyuge; 55. Hija / o de solicitante o pareja; 56. Madre / Padre; 57. Suegra / Suegro; 58. Nuera / Yerno; 59. Persona acogida / adoptada / tutelada.

Para el campo relativo a DNI/NIE: Obligatorio para mayores de 14 años.

Para el campo relativo a SEXO: 1. Hombre; 2. Mujer.

Para el campo ESTADO CIVIL: 1. Soltera/o; 2. Casada/o; 3. Separada/o; 4. Divorciada/o; 5. Pareja análoga; 6. Viuda/o; 8. Pareja de hecho.

Para el NIVEL DE ESTUDIOS: 2. Sin estudios; 4. Estudios Primarios / EGB; 6. Estudios Secundarios (ESO, FP Básica, ...); 7. Bachillerato / Técnico-profesionales medios; 8. Técnico -profesionales superiores; 76. Universitarios.

Para la SITUACIÓN LABORAL: 81. Ocupada/ o a tiempo completo; 82. Ocupada/o a tiempo parcial. 83. Parada/ o; 84. Inactiva/ o; 10. Otros.

Para la SITUACIÓN ESPECÍFICA: 91. La persona solicitante es víctima de violencia de género; 92. La persona solicitante tiene entre 18 y 24 años y es huérfana de ambos progenitores; 93. La persona solicitante tiene entre 18 y 24 años y ha estado en el año anterior a la solicitud bajo tutela de la Junta de Andalucía; 94. La persona solicitante es víctima de trata con fines de explotación sexual o laboral; 95. La persona solicitante es emigrante andaluz retornada en el año anterior; 96. La persona solicitante es apátrida o refugiada o está tramitando su reconocimiento; 97. La persona solicitante se encuentra sin hogar; 98. La persona solicitante reside en un alojamiento alternativo; 99. Unidad familiar monomarental o monoparental cuyos menores a cargo han sido reconocidos en el Registro Civil sólo por la persona solicitante; 100. Unidad familiar monomarental o monoparental cuyos menores a cargo han sido reconocidos por dos personas progenitoras pero una de ellas ha fallecido sin derecho a percibir, la persona menor, pensión de orfandad; 101. Alguna persona miembro de la unidad familiar tiene una discapacidad igual o superior al 33%; 102. Existen personas miembros de la unidad familiar que están bajo el régimen de custodia compartida; 103. Alguna persona miembro de la unidad familiar es perceptora de la prestación para cuidados en el entorno familiar prevista en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; 104. Alguna o algunas personas miembros de la unidad familiar mayor de 16 años se encuentran cursando estudios reglados.

- **4.3. SITUACIÓN ECONÓMICA Y PATRIMONIAL DE LA UNIDAD FAMILIAR:**

Para el campo relativo a FUENTE DEL INGRESO deberá indicar alguna de las siguientes opciones: 40. Cotización de personas autónomas; 41. Trabajo por cuenta propia; 42. Trabajo por cuenta ajena; 43. Prestaciones contributivas; 44. Prestaciones y subsidios no contributivos; 45. Ayudas y subvenciones; 46. Rendimientos del capital inmobiliario; 47. Pensión compensatoria.

**5. DECLARACIONES**

Deberá marcar aquellas declaraciones que correspondan con su situación concreta.

**6. DOCUMENTACIÓN**

De acuerdo con el Anexo II, deberá marcar y aportar el certificado de empadronamiento histórico colectivo, con datos de un año de antelación a la fecha de presentación de la solicitud y documento bancario de la persona solicitante como titular de la cuenta bancaria donde conste el código IBAN y la entidad bancaria para, en su caso, hacer la liquidación del pago de la prestación.

En caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato, o no haya prestado su consentimiento algún integrante de la unidad familiar, deberá aportar la documentación acreditativa, junto al Anexo VIII.

**7. DECLARACIÓN, SOLICITUD, FECHA, LUGAR Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

002697/6

00297069

**ANEXO VI****Documentación para la tramitación del procedimiento de la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía ante una situación de Urgencia o Emergencia Social**

*Decreto-Ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía*

Además de la documentación establecida en el artículo 28 de este Decreto-Ley, la o las situaciones de urgencia social por la que se solicita este procedimiento deberán estar debidamente acreditadas mediante la siguiente documentación:

1.º En los casos de personas víctimas de violencia de género, la acreditación se realizará, según lo establecido para cada caso, a través de los siguientes medios establecidos en el artículo 30.1 de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género: Resoluciones judiciales por violencia de género: documento acreditativo de la orden de protección, medidas cautelares, o sentencia condenatoria por violencia de género, cuando las medidas que establezca se hallen vigentes; Informe del Ministerio fiscal cuyo contenido se desprenda que existen indicios de que la demandante es víctima de la violencia de género; Certificado acreditativo de atención especializada, por un organismo público competente en materia de violencia de género. O bien informe acreditativo por parte de los servicios sociales comunitarios o en su defecto servicios públicos especializados de atención a la mujer.

2.º Ser víctima de explotación sexual o laboral en redes de trata de seres humanos. Esta situación se acreditará mediante la constatación de su cooperación con las autoridades en la investigación del delito a través de la aportación de documentación correspondiente de las autoridades competentes, sentencia judicial firme o auto de medidas cautelares para la protección.

3.º Encontrarse en proceso de desahucio de la vivienda habitual o situación en la que se haya producido una ejecución hipotecaria y/o lanzamiento por impago de renta o de hipoteca de la vivienda habitual. Esta situación se acreditará mediante la aportación del contrato formal de arrendamiento o escritura de la hipoteca, los requerimientos formales documentados, así como las advertencias legales de inicio del procedimiento judicial, de la entidad financiera o persona o entidad arrendataria sobre las deudas contraídas, documento acreditativo de la cuantía de la deuda acumulada, el importe mensual de la hipoteca o el alquiler y el número de meses sin abonar, informe de la entidad bancaria o persona o entidad arrendadora sobre la situación de expectativa de ejecución hipotecaria o por impago y de las posibilidades de negociación.

Las situaciones excepcionales y extraordinarias que provoquen la pérdida de la vivienda habitual deberá acreditarse mediante informe social de los servicios sociales comunitarios.

La Delegación Territorial competente en materia de servicios sociales comprobará, a través del Catastro y de la Declaración del Impuesto de la Renta de Personas Físicas, que las personas integrantes de la unidad familiar solicitante no disponen de otra vivienda por cualquier título, no pudiéndose tramitar con carácter urgente la solicitud en el supuesto de tener en propiedad otra u otras viviendas además de la vivienda habitual.

5.º Aparición de enfermedad grave en algún miembro de la unidad familiar que impida el desarrollo de la vida cotidiana y la inserción laboral. Esta situación se acreditará mediante la aportación de informe médico que acredite la enfermedad grave así como informe social donde se valore, por los servicios sociales comunitarios la imposibilidad, por parte de la persona que padece la enfermedad, de desarrollar un vida cotidiana con normalidad, impidiendo la inserción laboral de la misma, así como de la persona cuidadora.

2. Además de la documentación establecida en el artículo 28 de este Decreto-Ley, la o las situaciones de emergencia social por la que se solicita este procedimiento deberán estar debidamente acreditadas mediante la siguiente documentación:

00297069

1.ª Pérdida de la vivienda habitual por incendio, derrumbe u otra catástrofe similar que obligue al desalojo de la misma a la unidad familiar. Esta situación se acreditará mediante la aportación de la documentación acreditativa de la catástrofe por parte de los agentes intervinientes: Policía Local, Servicio de Bomberos, Personal competente en la inspección técnica de edificios y viviendas, u otro personal empleado público que acredite la catástrofe.

2.ª Sufrir un accidente grave alguna de las o los miembros de la unidad familiar que impida el desarrollo de la vida cotidiana y la inserción laboral. Esta situación se acreditará mediante la aportación de informe médico que acredite las consecuencias y las lesiones derivadas del accidente grave así como informe social donde se valore, por los servicios sociales comunitarios, la imposibilidad, por parte de la persona que ha sufrido el accidente, de desarrollar una vida cotidiana con normalidad, impidiendo la inserción laboral de la misma, así como de la persona cuidadora.



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad



### DERECHO DE OPOSICIÓN. (Código de procedimiento: 12563)

| 1. DATOS PERSONALES, DERECHO DE OPOSICIÓN   |   |              |  |          |
|---|---|--------------|--|----------|
| <b>1.1. MIEMBRO Nº 1 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)</b>   |   |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º:  | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |   |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |   |              |  |          |
| <b>DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |   |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta AEAT, alta en la Seguridad Social, demandante de empleo entre otros)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de carácter patrimonial (bienes inmuebles)</b> a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado catastral de los bienes.   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de pareja de hecho</b> , a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado acreditativo de parejas de hecho.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de discapacidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de tutela</b> por la Junta de Andalucía, a través del Sistema Integrado de Servicios Sociales y apporto documentación acreditativa correspondiente.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.   |              |  |          |
| En ..... a ..... de ..... de .....  |   |              |  |          |
| Fdo.: .....   |   |              |  |          |



002697/1/A01

00297069





| 1. DATOS PERSONALES, DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |   |              |  |          |
|---|---|--------------|--|----------|
| <b>1.2. MIEMBRO Nº 2 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)</b>   |   |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º:  | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |   |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |   |              |  |          |
| <b>DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |   |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta AEAT, alta en la Seguridad Social, demandante de empleo entre otros)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de carácter patrimonial (bienes inmuebles)</b> a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado catastral de los bienes.   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de pareja de hecho</b> , a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado acreditativo de parejas de hecho.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de discapacidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de tutela</b> por la Junta de Andalucía, a través del Sistema Integrado de Servicios Sociales y apporto documentación acreditativa correspondiente.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.   |              |  |          |
| En ..... a ..... de .....   |   |              |  |          |
| Fdo.: .....   |   |              |  |          |

002697/1/A01

00297069



| 1. DATOS PERSONALES, DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |   |              |  |          |
|---|---|--------------|--|----------|
| <b>1.3. MIEMBRO Nº 3 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)</b>   |   |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º:  | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |   |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |   |              |  |          |
| <b>DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |   |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta AEAT, alta en la Seguridad Social, demandante de empleo entre otros)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de carácter patrimonial (bienes inmuebles)</b> a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado catastral de los bienes.   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de pareja de hecho</b> , a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado acreditativo de parejas de hecho.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de discapacidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de tutela</b> por la Junta de Andalucía, a través del Sistema Integrado de Servicios Sociales y apporto documentación acreditativa correspondiente.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.   |              |  |          |
| En ..... a ..... de .....   |   |              |  |          |
| Fdo.: .....   |   |              |  |          |

002697/1/A01

00297069





| 1. DATOS PERSONALES, DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |   |              |  |          |
|---|---|--------------|--|----------|
| <b>1.4. MIEMBRO Nº 4 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)</b>   |   |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º:  | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |   |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |   |              |  |          |
| <b>DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |   |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta AEAT, alta en la Seguridad Social, demandante de empleo entre otros)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de carácter patrimonial (bienes inmuebles)</b> a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado catastral de los bienes.   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de pareja de hecho</b> , a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado acreditativo de parejas de hecho.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de discapacidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de tutela</b> por la Junta de Andalucía, a través del Sistema Integrado de Servicios Sociales y apporto documentación acreditativa correspondiente.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.   |              |  |          |
| En ..... a ..... de .....   |   |              |  |          |
| Fdo.: .....   |   |              |  |          |

002697/1/A01

00297069



| 1. DATOS PERSONALES, DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |   |              |  |          |
|---|---|--------------|--|----------|
| <b>1.5. MIEMBRO Nº 5 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)</b>   |   |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º:  | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |   |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |   |              |  |          |
| <b>DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |   |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta AEAT, alta en la Seguridad Social, demandante de empleo entre otros)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de carácter patrimonial (bienes inmuebles)</b> a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado catastral de los bienes.   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de pareja de hecho</b> , a través del Sistema de Verificación de Datos, y apporto certificado acreditativo de parejas de hecho.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de discapacidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de tutela</b> por la Junta de Andalucía, a través del Sistema Integrado de Servicios Sociales y apporto documentación acreditativa correspondiente.  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.   |              |  |          |
| En ..... a ..... de .....   |   |              |  |          |
| Fdo.: .....   |   |              |  |          |

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD EN .....  
 Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO

#### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona miembro de la unidad familiar deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren. Los datos relativos a la persona representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien actúe en nombre del miembro de la unidad familiar. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación, por ejemplo, en caso de representante legal: padre, madre, tutor/a.

#### 2. DERECHO DE OPOSICIÓN

Marcar la casilla **únicamente** si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la **documentación** acreditativa correspondiente que se indica.

#### 3. DECLARACIÓN, FECHA, LUGAR Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario. ILMO/A SR/A: Deberá cumplimentar indicando el órgano al que se dirige la solicitud DIR3. CÓDIGO DIRECTORIO COMÚN DE UNIDADES ORGÁNICAS. Con carácter general, este código aparecerá cumplimentado, en caso contrario podrá consultar en las oficinas de asistencia en materia de registros o bien en esta dirección: <https://ws024.juntadeandalucia.es/ae/directoriocomundeunidadesorganicas>

002697/1/A01

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad

**SOLICITUD**  
**AYUDA COMPLEMENTARIA AL INGRESO MÍNIMO VITAL(Código procedimiento: 25215)**



**DELEGACIÓN TERRITORIAL (A cumplimentar por la Administración):** .....

Decreto-Ley 3/2017 de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía.

**1. DATOS DE LA PERSONA Y DE LA REPRESENTANTE (En su caso)**

|   |               |                     |  |                    |
|---|---------------|---------------------|--|--------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |               |                     | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| FECHA DE NACIMIENTO:  | NACIONALIDAD: | PAÍS DE NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |                    |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN: |               |                     | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF:       |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |               |                     |  |                    |

**2. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

Marque solo una opción.

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

|                       |        |                   |                     |            |           |              |         |
|-----------------------|--------|-------------------|---------------------|------------|-----------|--------------|---------|
| TIPO DE VÍA:          |        | NOMBRE DE LA VÍA: |                     |            |           |              |         |
| NÚMERO:               | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:             | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN: |        | MUNICIPIO:        |                     | 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, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico: ..... N° 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>. Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero.

**3. DATOS BANCARIOS**

IBAN: E S [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Entidad: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Código Postal: [ ] [ ] [ ] [ ]

NOTA: Deberá estar de alta en el Registro de cuentas de Terceros de la Tesorería General de la Junta de Andalucía.



004903/1

00297069







## 6. DECLARACIONES

**DECLARO**, bajo mi expresa responsabilidad:

- Que el resto de personas integrantes de la unidad familiar mayores de 16 años han sido informadas acerca de la cláusula de protección de datos que figura en esta solicitud.

## 7. DOCUMENTACIÓN

**PRESENTO** la siguiente documentación:

- Certificado de empadronamiento donde conste que todas las personas integrantes de la unidad familiar ostentan vecindad administrativa en Andalucía, al menos con seis meses de antelación a la fecha de presentación de la solicitud.
- Documento bancario de la persona solicitante como titular de la cuenta bancaria donde conste el código IBAN y la entidad bancaria para, en su caso, hacer la liquidación del pago de la prestación.
- En caso de **OPONERSE** a la consulta de datos alguna de las personas integrantes de la unidad familiar, aporta la documentación acreditativa correspondiente, junto al Anexo X.

## 8. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario y **SOLICITA** la concesión de la ayuda complementaria al ingreso mínimo vital, así como en nombre de la unidad familiar que representa **SOLICITA** la inclusión de la cuenta bancaria indicada en el apartado 3 en el sistema de Gestión Integral de Recursos Organizativos de la Junta de Andalucía, en caso de no estarlo.

En ..... a ..... de ..... de .....  
LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: .....

**ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DEL INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD EN** .....

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente, cuya dirección es Avda. Hytasa 14. 41071 Sevilla dg.psybap.cisjufi@juntadeandalucia.es
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento de concesión de la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía, con la finalidad de constatar el cumplimiento de la normativa específica en esta materia. De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y el artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales la licitud de dicho tratamiento se fundamenta en el cumplimiento de una obligación legal y una misión en interés público, consecuencia de lo establecido en el Decreto-Ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) La Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente, contempla la cesión de datos a Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, Servicio Andaluz de Empleo, Servicios Sociales Comunitarios, Registro de prestaciones sociales públicas del Ministerio competente en materia de Seguridad Social y Empleo, docentes, así como a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos> [217348]



**INFORMACIÓN**

- a) La presentación de esta solicitud conlleva la autorización al órgano gestor para el acceso a los datos necesarios para la comprobación del cumplimiento de los requisitos de acceso a la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía de todas las personas integrantes de la unidad familiar, en virtud de los artículos 14 y 27 del Decreto Ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía, y el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- b) De conformidad con el artículo 60 del Decreto Ley 3/2017, de 19 de diciembre, el plazo máximo para resolver y notificar la resolución será de 6 meses desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro electrónico de la Administración de la Junta de Andalucía. Transcurrido el plazo indicado sin haberse dictado resolución expresa, la solicitud podrá entenderse desestimada, sin perjuicio de la obligación de dictar resolución expresa sin vinculación al sentido del silencio, conforme al artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.
- c) De acuerdo con lo establecido en el artículo 54 del Decreto Ley 3/2017, de 19 de diciembre, la ayuda complementaria al Ingreso Mínimo Vital tiene el carácter de prestación condicionada de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. En la resolución de los procedimientos de esta ayuda complementaria se tendrá en cuenta el riguroso orden de presentación de las solicitudes correspondientes hasta el agotamiento del crédito presupuestario asignado. A estos efectos, se considerará agotado el crédito cuando se dicte la última resolución de concesión de ayuda complementaria que totalice el importe asignado en los correspondientes presupuestos. La situación de agotamiento del crédito se hará pública en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, no admitiéndose más solicitudes a partir de dicha fecha, hasta el inicio del siguiente ejercicio presupuestario. En ningún caso la presentación de la solicitud generará derecho alguno para la persona solicitante hasta que no se acredite el cumplimiento de los requisitos exigidos y la existencia de crédito suficiente y adecuado para atenderla, de lo contrario se procederá a la desestimación de la misma.

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO****1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE**

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos al DNI/NIE son obligatorios para las personas mayores de 14 años.

En el campo relativo al estado civil deberá consignar lo siguiente: 1. Soltera/ o; 2. Casada/ o; 3. Separada/ o; 4. Divorciada/ o; 5. Pareja análoga; 6. Viuda/ o; 8. Pareja de hecho.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación, por ejemplo, en caso de representante legal: padre, madre, tutor/a.

**2. NOTIFICACIÓN**

Será necesario marcar una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.

- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación. Asimismo, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder recibir los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**3. DATOS BANCARIOS**

Será obligatorio cumplimentar los datos relativos al IBAN, así como en relación al resto de datos - Entidad/ Domicilio/ Localidad/ Provincia/ Código Postal-, resulta conveniente su cumplimentación al objeto de evitar errores.

**4. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Deberá cumplimentar los datos que se le requieren en los diferentes apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

En el 4.2.-DATOS DE LAS PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

Para el campo relativo a PARENTESCO, deberá indicar alguna de las siguientes opciones: 51. Solicitante; 52. Pareja análoga; 53. Pareja de hecho; 54. Cónyuge; 55. Hija / o de solicitante o pareja; 56. Madre / Padre; 57. Suegra / Suegro; 58. Nuera / Yerno; 59. Persona acogida / adoptada / tutelada.

Para el campo relativo a DNI/NIE: Obligatorio para mayores de 14 años.

Para el campo relativo a SEXO: 1. Hombre; 2. Mujer.

Para el campo ESTADO CIVIL: 1. Soltera/o; 2. Casada/o; 3. Separada/o; 4. Divorciada/o; 5. Pareja análoga; 6. Viuda/o; 8. Pareja de hecho.

Para la SITUACIÓN LABORAL: 81. Ocupada/ o a tiempo completo; 82. Ocupada/o a tiempo parcial. 83. Parada/ o; 84. Inactiva/ o; 10. Otros.

**5. DATOS DEL INGRESO MÍNIMO VITAL CONCEDIDO**

Deberá cumplimentar los datos que se le requieren en los diferentes apartados, fecha y cuantía del ingreso mínimo vital y/o ayuda para la infancia de la que sea beneficiaria su unidad familiar.

**6. DECLARACIONES**

Deberá marcar aquellas declaraciones que correspondan con su situación concreta.

**7. DOCUMENTACIÓN**

De acuerdo con el Anexo XI, deberá marcar y aportar el certificado de empadronamiento donde conste la vecindad administrativa en Andalucía con un periodo de seis meses anterior a la solicitud y documento bancario de la persona solicitante como titular de la cuenta bancaria donde conste el código IBAN y la entidad bancaria para, en su caso, hacer la liquidación del pago de la prestación.

En caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato, deberá aportar la documentación acreditativa, junto al Anexo X.

**8. DECLARACIÓN, SOLICITUD, FECHA, LUGAR Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

004903/1

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad



## DERECHO DE OPOSICIÓN.

AYUDA COMPLEMENTARIA AL IMV. (Código de procedimiento: 25215)

## 1. DATOS PERSONALES, DERECHO DE OPOSICIÓN

| 1.1. MIEMBRO Nº 1 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)  |  |              |  |          |
|---|--|--------------|--|----------|
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º:   | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |              |  |          |
| DERECHO DE OPOSICIÓN  |  |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio. |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta en la Seguridad Social)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.  |              |  |          |
| En ..... a de ..... de .....  |  |              |  |          |
| Fdo.: .....   |  |              |  |          |
| 1.2. MIEMBRO Nº 2 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)  |  |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º:   | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |              |  |          |
| DERECHO DE OPOSICIÓN  |  |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |  |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.   |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio. |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta en la Seguridad Social)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |  |          |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.  |              |  |          |
| En ..... a de ..... de .....  |  |              |  |          |
| Fdo.: .....   |  |              |  |          |



004903/1/A01

00297069







| 1. DATOS PERSONALES, DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |              |              |  |          |
|---|--------------|--------------|--|----------|
| <b>1.3. MIEMBRO Nº 3 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)</b>   |              |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º: | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |              |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |              |              |  |          |
| <b>DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |              |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):   |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.   |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio. |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta en la Seguridad Social)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.  |              |              |  |          |
| En ..... a de ..... de .....  |              |              |  |          |
| Fdo.: .....   |              |              |  |          |
| <b>1.4. MIEMBRO Nº 4 DE LA UNIDAD FAMILIAR Y PERSONA REPRESENTANTE (En su caso)</b>   |              |              |  |          |
| NOMBRE:   | APELLIDO 1º: | APELLIDO 2º: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |              |              | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |              |              |  |          |
| <b>DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |              |              |  |          |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):   |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE, tarjeta de la Identidad de extranjero u otro documento que sea necesario.   |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto documentación acreditativa de mis datos de residencia y certificado de empadronamiento individual histórico por domicilio. |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de vida laboral (alta en la Seguridad Social)</b> a través del Sistema de Verificación de datos, y apporto documentación acreditativa correspondiente (informe de vida laboral y certificado de prestaciones de la Seguridad Social). |              |              |  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de prestaciones sociales</b> públicas contributivas y no contributivas, a través del Sistema de Verificación de Datos y apporto certificado de prestaciones sociales públicas.  |              |              |  |          |
| En ..... a de ..... de .....  |              |              |  |          |
| Fdo.: .....   |              |              |  |          |

004903/1/A01

00297069





### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO

#### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona miembro de la unidad familiar deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien actúe en nombre del miembro de la unidad familiar. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación, por ejemplo, en caso de representante legal: padre, madre, tutor/a.

#### **DERECHO DE OPOSICIÓN**

Marcar la casilla **únicamente** si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la **documentación** acreditativa correspondiente que se indica.

004903/1/A01

00297069

Anexo III: Modelos normalizados para el Decreto 172/2020, de 13 de octubre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la condición de familia numerosa y su categoría, la expedición, renovación, modificación o revocación del título y del carné de familia numerosa, en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad

SOLICITUD

EXPEDIENTE Nº: .....

AÑO: .....



### EXPEDICIÓN/RENOVACIÓN/MODIFICACIÓN DE TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA. (Código procedimiento: 7)

Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas. Decreto 172/2020, de 13 de octubre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la condición de familia numerosa y su categoría, la expedición, renovación, modificación o revocación del título y del carné de familia numerosa, en la Comunidad Autónoma de Andalucía.  
(antes de cumplimentar los datos, lea las instrucciones)

EXPEDICIÓN     RENOVACIÓN Nº TÍTULO: .....     MODIFICACIÓN Nº TÍTULO: .....

CATEGORÍA DE FAMILIA NUMEROSA SOLICITADA:     GENERAL     ESPECIAL

| 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE-TITULAR   |                      |   |                       |   |  |                                    |         |
|--|----------------------|---|-----------------------|---|--|------------------------------------|---------|
| PRIMER APELLIDO:   |                      | SEGUNDO APELLIDO:   |                       | NOMBRE:   |  |                                    |         |
| DNI/NIE/NIF:   | FECHA DE NACIMIENTO: | NACIONALIDAD:   |                       | ESTADO CIVIL:   | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                                    |         |
| DOMICILIO:<br>TIPO DE VÍA:    NOMBRE DE LA VÍA:  |                      |   |                       |   |  |                                    |         |
| NÚMERO:  | LETRA:               | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:               | PORTAL:   | ESCALERA:  | PLANTA:                            | PUERTA: |
| PAÍS:  | PROVINCIA:           | MUNICIPIO:  | ENTIDAD DE POBLACIÓN: |   |  | CÓD. POSTAL:<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ] |         |
| TELÉFONO FIJO:   | TELÉFONO MÓVIL:      | CORREO ELECTRÓNICO:   |                       |   |  |                                    |         |
| DISCAPACIDAD:<br>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> GRADO: _____                          |                      | INCAPACIDAD PARA TRABAJAR:<br>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |                       | VÍNCULO CON LOS HIJOS/AS:<br><input type="checkbox"/> ASCENDIENTE <input type="checkbox"/> TUTOR/A <input type="checkbox"/> GUARDADOR/A <input type="checkbox"/> ACOGEDOR/A |  |                                    |         |
| RELACIÓN CON LOS HIJOS/AS: <input type="checkbox"/> CONVIVENCIA <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA ECONÓMICA |                      |   |                       |   |  |                                    |         |

| 2. DATOS DE LA PERSONA CONYUGE-TITULAR  |                      |   |                       |               |  |                                    |         |
|---|----------------------|---|-----------------------|---------------|--|------------------------------------|---------|
| PRIMER APELLIDO:  |                      | SEGUNDO APELLIDO:   |                       | NOMBRE:       |  |                                    |         |
| DNI/NIE/NIF:  | FECHA DE NACIMIENTO: | NACIONALIDAD:   |                       | ESTADO CIVIL: | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                                    |         |
| DOMICILIO:<br>TIPO DE VÍA:    NOMBRE DE LA VÍA:                                       |                      |   |                       |               |  |                                    |         |
| NÚMERO:   | LETRA:               | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:               | PORTAL:       | ESCALERA:  | PLANTA:                            | PUERTA: |
| PAÍS:   | PROVINCIA:           | MUNICIPIO:  | ENTIDAD DE POBLACIÓN: |               |  | CÓD. POSTAL:<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ] |         |
| TELÉFONO FIJO:  | TELÉFONO MÓVIL:      | CORREO ELECTRÓNICO:   |                       |               |  |                                    |         |
| DISCAPACIDAD:    sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> GRADO: _____ |                      | INCAPACIDAD PARA TRABAJAR:    sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |                       |               |  |                                    |         |



003206/2

00297069





| 3. UNIDAD FAMILIAR   |                          |                         |                       |                     |              |  |                                   |   |
|--|--------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|--------------|--|-----------------------------------|---|
| Datos de los hijos/as o miembros con derecho a beneficio de mayor a menor edad |                          |                         | DNI/NIE/<br>Pasaporte | Fecha<br>nacimiento | Nacionalidad | Ingresos por<br>trabajo, renta o<br>pensión.<br>Cuantía anual. | Discapacidad<br>(sí/no)<br>Grado. | Incapacidad<br>para trabajar<br>(sí/no) |
| Nombre   | 1 <sup>er</sup> Apellido | 2 <sup>o</sup> Apellido |                       |                     |              |  |                                   |   |
|  |                          |                         |                       |                     |              |  | Grado:                            |   |
|  |                          |                         |                       |                     |              |  | Grado:                            |   |
|  |                          |                         |                       |                     |              |  | Grado:                            |   |
|  |                          |                         |                       |                     |              |  | Grado:                            |   |
|  |                          |                         |                       |                     |              |  | Grado:                            |   |
|  |                          |                         |                       |                     |              |  | Grado:                            |   |
|  |                          |                         |                       |                     |              |  | Grado:                            |   |

003206/2

00297069





#### 4. DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS (4)

**AÑO 2** ..... **FAMILIA NUMEROSA**

Declaramos expresamente y bajo nuestra responsabilidad<sup>1</sup> que todos los datos consignados en la presente declaración son ciertos y exactos.

| Nombre y Apellidos | Relación <sup>2</sup> | D.N.I./N.I.E./Pasaporte | Ingresos. Año 2 ..... <sup>3</sup> | Firma |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------------|-------|
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |
|                    |                       |                         |                                    |       |

1 La falsedad en los datos podrá dar lugar a las responsabilidades normativamente establecidas.  
 2 Señalar si se trata de la persona titular, o en su caso, la relación existente con la persona titular.  
 3 Esta casilla deberá ser siempre cumplimentada por todos los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años. En caso de no haber percibido ingresos se pondrá NO PERCIBIÓ. Se consideran ingresos o rentas computables, los bienes y derechos, derivados tanto del trabajo, como del capital, así como los de naturaleza prestacional tomados por su importe íntegro, correspondientes al año natural inmediatamente anterior al de presentación de la solicitud.  
 4 Cuando se debe cumplimentar el epígrafe 4 DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS: Tanto en la SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA como en la SOLICITUD DE MODIFICACIÓN del mismo, se cumplimentará en los casos en los que los ingresos se deban tener en cuenta para la clasificación de la unidad familiar en categoría especial para su modificación o para acreditar el requisito de dependencia económica. En estos casos deben cumplimentarlo todos los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.

003206/2

00297069





| 5. DECLARACIÓN RESPONSABLE (*)   |                    |                          |
|--|--------------------|--------------------------|
| D./D <sup>a</sup> : ..... con DN/NIE n <sup>o</sup> : ..... actuando en nombre propio, en calidad de persona interesada, en el procedimiento de Título de Familia Numerosa, con N <sup>o</sup> de Expediente .....   |                    |                          |
| DECLARO BAJO MI EXPRESA RESPONSABILIDAD LOS SIGUIENTES EXTREMOS EN RELACIÓN CON MI UNIDAD FAMILIAR Y EL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA: (márquese lo que proceda)  |                    |                          |
| - Que se encuentra en trámite la renovación de mi tarjeta de residencia.   |                    | <input type="checkbox"/> |
| - Que, al objeto de modificación del Título de Familia Numerosa, se aporta documentación acreditativa de la causa de variación, no habiéndose alterado las restantes circunstancias que dieron lugar a su expedición.  |                    | <input type="checkbox"/> |
| - Que, al objeto de renovación del Título de Familia Numerosa, subsisten las circunstancias que dieron lugar a su expedición o última renovación, correspondiendo con la siguiente situación :   |                    |                          |
| - Algún miembro de la unidad familiar con discapacidad revisable, actualmente reconocida, superior al 33%.   |                    | <input type="checkbox"/> |
| - Se produce alternancia de titular por custodia compartida en caso de divorcio o separación.  |                    | <input type="checkbox"/> |
| - Con 4 o más hijos o hijas y los ingresos anuales de la unidad familiar divididos por el número de miembros no supera el 75% del IPREM vigente en la actualidad.  |                    | <input type="checkbox"/> |
| - Con hijos o hijas entre 21 y 25 años de edad, ambos inclusive, que se encuentran cursando estudios. Identifique la persona y señale tipo de estudios que cursa (ESA, bachillerato, ciclos de formación profesional, estudios universitarios, Master , otro tipo de formación reglada, formación para el empleo u oposiciones): |                    | <input type="checkbox"/> |
|  | Nombre y apellidos | Tipo de estudios         |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a   |                    | <input type="checkbox"/> |
| - Por vencimiento de fecha de caducidad del Título de Familia Numerosa.  |                    |                          |
|  |                    | <input type="checkbox"/> |

(\*) Cuando se debe cumplimentar el epígrafe 5 DECLARACIÓN RESPONSABLE:  
 - EN la **SOLICITUD DE EXPEDICIÓN** DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA (PRIMERA VEZ QUE SE SOLICITA EL TÍTULO): En los supuestos de encontrarse en trámite de renovación de tarjeta de residencia algunos de los miembros de la unidad familiar.  
 - EN la **SOLICITUD DE MODIFICACIÓN**, DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA: En este caso se acompañará la documentación que acredite la variación o variaciones que motivan la modificación junto a la solicitud.  
 - EN la **SOLICITUD DE RENOVACIÓN** DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA: en todos los casos de renovación por vencimiento de la fecha de caducidad del Título de Familia Numerosa y en aquellos otros en los que subsisten las circunstancias que dieron lugar a la expedición o última renovación del Título de Familia Numerosa. En estos casos no es necesario acompañar la documentación acreditativa de la renovación, pero si será necesario acreditarla en caso que la administración la requiera.

003206/2

00297069







**INFORMACIÓN:**

La autorización prestada mediante la firma de la solicitud por parte de la persona solicitante, en representación de la unidad familiar, habilita al órgano competente para que recabe la información necesaria para la tramitación y resolución de su procedimiento. Dichas consultas incluirán, en todo caso, el acceso a la información sobre declaración de la renta, prestaciones públicas, identidad, padrón, discapacidad y, en definitiva, todas aquellas necesarias para verificar el cumplimiento por parte de todas las personas integrantes de la unidad familiar, de los requisitos establecidos en el presente decreto-ley.

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO**

La expedición del título de familia numerosa, así como la renovación o modificación del mismo, podrá ser solicitado por cualquiera de las personas ascendientes, que ostente la tutoría, tenga a su cargo personas en acogimiento familiar permanente o en delegación de guarda con fines de adopción, o por cualquier otro miembro de la unidad familiar con capacidad legal para ello.

La solicitud y toda la documentación que se aporte deberá estar cumplimentada y redactada en castellano o, en su caso, traducida a dicho idioma y legalizada.

Las familias numerosas son las integradas por uno o dos ascendientes, con tres o más hijos o hijas. Las familias numerosas se clasifican en alguna de las siguientes categorías:

- Especial: las integradas por 5 ó más hijos o hijas, y las de 4 hijos o hijas, de los cuales al menos 3 proceden de parto, adopción o acogimiento permanente o preadoptivo múltiples, así como las integradas por 4 hijos o hijas en las que sus ingresos anuales divididos por el número de miembros que la componen no superen en cómputo anual el 75% del IPREM vigente.
- General: las restantes unidades familiares.

A efectos de clasificación, es importante considerar que cada hijo o hija con discapacidad o incapacidad para trabajar computará como dos para determinar la categoría de familia numerosa.

- Se debe marcar la casilla EXPEDICIÓN, la primera vez que una unidad familiar solicita ser beneficiario de la condición de familia numerosa.
- Se debe marcar la casilla RENOVACIÓN, cuando la vigencia del título de Familia Numerosa está próxima a caducar (en los tres meses anteriores a su caducidad) y se mantienen las circunstancias que otorgaron la concesión del título.
- Se debe marcar la casilla MODIFICACIÓN en cualquier otro supuesto que pueda suponer un cambio de las condiciones del título (nacimiento de un nuevo hijo, cambios en las condiciones económicas de la familia que puedan suponer una modificación en la categoría del título de Familia Numerosa) o que no afecten a la existencia o condiciones del mismo pero deban ser comunicados a la administración.
- En el caso de Renovación y de Modificación se debe indicar el n.º del título de familia numerosa que aparece tanto en la resolución de concesión como en los carnés individuales expedidos.
- En caso de optar por recibir las notificaciones que procedan a través del sistema de notificaciones electrónicas de la Junta de Andalucía, se informa que al mismo se accede con certificado digital. Desde la fecha de su puesta a disposición dispone de 10 días naturales para la lectura o rechazo de la notificación. Si transcurrido este plazo, las notificaciones administrativas no han sido leídas o rechazadas, se considerarán automáticamente como rechazadas.
- La autorización prestada mediante la firma de la solicitud por parte de la persona solicitante, en representación de la unidad familiar, habilita al órgano competente para que recabe la información necesaria para la tramitación y resolución de su procedimiento. Dichas consultas incluirán, en todo caso, además del acceso a la información sobre declaración de la renta y prestaciones públicas, consulta de identidad, de padrón, de discapacidad y, en definitiva, todas aquellas necesarias para verificar el cumplimiento por parte de todas las personas integrantes de la unidad familiar, de los requisitos exigidos para la concesión/renovación/modificación del título. La oposición expresa de la persona interesada a las consultas a través de los sistemas de verificación de datos requiere la aportación de la respectiva documentación acreditativa.

**SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA (PRIMERA SOLICITUD DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA)**

La solicitud de expedición del título, debidamente cumplimentada, irá acompañada de:

1. Copia del DNI, NIE o del pasaporte, en vigor, de todos los miembros de la unidad familiar con obligación legal de tenerlo.
2. Copia de Libro de Familia o documentación análoga para nacionales de terceros países. Se aportará en todos los casos de solicitud de expedición del título de Familia Numerosa.
3. Certificado de empadronamiento individual de cada miembro de la unidad familiar o certificado de empadronamiento colectivo. Para el supuesto de menores de 14 años que no posean DNI hay que presentar uno de los certificados anteriores ya que no es posible la consulta telemática de sus datos de empadronamiento.
4. Los documentos acreditativos de cualquiera de las circunstancias especiales, que se especifican al final de las presentes instrucciones (\*).

Además en estos supuestos de PRIMERA EXPEDICIÓN DEL TÍTULO se deberá cumplimentar:

- El **epígrafe 4 Declaración responsable de ingresos, únicamente** cuando los ingresos se deban tener en cuenta para la clasificación de la unidad familiar en categoría especial o para acreditar el requisito de dependencia económica. En estos casos se presentará anualmente, dentro de los primeros tres meses de cada año natural, declaración responsable de los ingresos de la unidad familiar o rentas percibidos durante el año anterior, siempre que estos se hayan tenido en cuenta para la consideración de la familia como numerosa, para su clasificación en la categoría especial o para acreditar el requisito de dependencia económica, a menos que estos ya obren en poder del órgano tramitador.
- El **epígrafe 5. Declaración responsable, únicamente** en aquellos supuestos en que se encuentre en trámite de renovación de la tarjeta de residencia alguno de los miembros de la unidad familiar.

003206/2

00297069



**MODIFICACIÓN DEL TÍTULO**

1. El título de familia numerosa se modificará en cualquiera de los siguientes supuestos:
  - a) Cuando varíe el número de miembros de la unidad familiar o las condiciones que dieron motivo a la expedición del título o aquellas de las que dependa un cambio de categoría.
  - b) Cuando cualquier hijo o hija deje de reunir las condiciones para figurar como miembro de la familia numerosa, aunque ello no suponga modificación de la categoría en que está clasificada o la pérdida de tal condición.En ambos supuestos la solicitud se presentará dentro de los tres meses siguientes al momento en que se produzca la causa de la modificación.
2. En la solicitud de modificación del título (Anexo I), se deberá cumplimentar, **en todos los casos, el epígrafe 5- Declaración responsable**, a la que se adjuntará, **siempre**, la documentación que acredite la variación o variaciones que motivan la modificación.  
En aquellos casos en los que la solicitud de modificación está motivada por los ingresos económicos, también se deberá cumplimentar el epígrafe 4- Declaración responsable de ingresos-.

**RENOVACIÓN DEL TÍTULO**

1. El título de familia numerosa se renovará cuando expire la vigencia del mismo si subsisten las circunstancias con las que se concedió o renovó. En este supuesto, la solicitud se efectuará dentro de los tres meses anteriores al vencimiento del título.
2. En las solicitudes de renovación del título (Anexo I), siempre se cumplimentará debidamente el **epígrafe 5, Declaración responsable**. En ella se indicará el supuesto que da lugar a la renovación del título y el compromiso de aportar los documentos acreditativos que les sean requeridos por la Administración, pero **no** es necesario acompañar la documentación acreditativa en la solicitud de renovación.

**(\*) CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE LA UNIDAD FAMILIAR: DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA**

1. En el supuesto del **padre o la madre con dos hijos o hijas, cuando haya fallecido la otra persona progenitora**: Si no constare en el Libro de Familia, certificado de defunción del Registro Civil o declaración judicial del fallecimiento.
2. Para el caso de **persona solicitante-titular no española**, deberá presentar la siguiente documentación:
  - a) Si la persona solicitante-titular es **comunitaria o nacional de los estados miembros del Espacio Económico Europeo**, deberá aportar:
    - Copia del pasaporte o documento válido y en vigor que acredite la identidad de los miembros de la unidad familiar, y en el que conste la nacionalidad.
    - Copia del documento que acredite el vínculo del parentesco de los miembros de la unidad familiar con la persona solicitante (Libro de Familia o, en su defecto, certificado de matrimonio y certificado de nacimiento de hijos o hijas, o documentación acreditativa de la adopción o acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción).
    - Certificado o volante de empadronamiento de todos los miembros que vayan a figurar en el título de familia numerosa, en el caso de que estos tengan residencia en territorio español. Esta documentación se aportará solo en caso de que se haya opuesto a la consulta en el Sistema de Verificación de Datos de Residencia. En el supuesto de tener residencia en otro estado miembro de la Unión o del EEE, certificado que acredite que, al menos, uno de los ascendientes de la unidad familiar trabaja por cuenta propia o ajena en España.
  - b) Si la persona solicitante-titular es extranjera **no comunitaria** deberá aportar copia de la tarjeta de identidad de extranjero en vigor, copia de la tarjeta de identidad de extranjero en vigor de todos los miembros que integran la unidad familiar, copia del documento que acredite el vínculo de parentesco de los miembros de la unidad familiar con la persona solicitante y certificado o volante de empadronamiento de los miembros de la unidad familiar.
3. En el supuesto de **separación o divorcio o nulidad matrimonial**, copia de la resolución judicial y, en su caso, del convenio regulador aprobado judicialmente.
  - Si la persona solicitante-titular es cónyuge sin custodia, además de la documentación anterior necesaria para acreditar la obligación de prestar alimentos, tendrá que aportar la documentación acreditativa de que se ha informado de la tramitación de la solicitud a la persona que ostenta la custodia, y en el caso de que también tuviera derecho al título, su autorización expresa por escrito con fecha y firma, acompañada de fotocopia del DNI/NIE/pasaporte.
  - En el supuesto de que, teniendo las dos personas progenitoras derecho al reconocimiento de la condición de familia numerosa, no existiera acuerdo entre ambas, operará el criterio de convivencia.
4. En caso de **hijos o hijas, entre 21 y 25 años de edad**, ambos inclusive, salvo que se trate de personas con discapacidad o incapacidad para trabajar:
  - Certificación o matrícula oficial que acredite que cursan estudios de educación universitaria en sus diversos ciclos y modalidades, de Formación Profesional de grado superior, de enseñanzas especializadas de nivel equivalente a las universitarias o profesionales en centros sostenidos con fondos públicos o privados, o cualesquiera otros de análoga naturaleza.
  - En su caso, certificación o matrícula oficial acreditativa de que cursan estudios encaminados a la obtención de un puesto de trabajo.
5. En caso de personas sometidas a **tutela** se deberá aportar resolución judicial por la que se declara.
6. En caso de **acogimiento familiar permanente o delegación de guarda con fines de adopción** se deberá aportar certificado de la entidad pública competente acreditativo de tales extremos, así como la documentación acreditativa de que existe convivencia y dependencia económica.
7. En caso de **discapacidad**, certificado de discapacidad con reconocimiento de un grado igual o superior al 33%.
8. En caso de **incapacidad para trabajar**, resolución de incapacidad permanente absoluta o de gran invalidez.

003206/2

00297069





9. En los casos de dependencia económica entre hermanos o hermanas deberá aportarse documentación acreditativa de que la persona tutora, guardadora o acogedora, si existe, no contribuye a su sostenimiento económico. Si todas las personas solicitantes son mayores de edad, se aportará documentación acreditativa de que existe dependencia económica entre ellas.
10. En los casos de dependencia económica y de unidades familiares con cuatro hijos o hijas, en las que sus ingresos anuales, divididos por el número de miembros que las componen, no superen en cómputo anual el 75% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) vigente, incluidas las pagas extraordinarias:
- a) Se acreditarán con la fotocopia de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas los ingresos por renta de trabajo por cuenta ajena, y la existencia de bienes y derechos derivados tanto del trabajo, como del capital.
  - b) Si no estuvieran obligadas a presentar la referida declaración, deberán aportar certificado de retenciones de rendimientos percibidos o, en su defecto, declaración responsable de ingresos, rentas, prestaciones, bienes y derechos, derivados tanto del trabajo, como del capital, correspondientes al ejercicio anterior al de presentación de la solicitud.
- La solicitud y los documentos que deban acompañarla se presentarán en la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad correspondiente a la residencia habitual de la persona solicitante, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
  - La ocultación, falsedad o infracción dolosa realizada por la persona solicitante o por cualquier otro miembro de la unidad familiar será sancionada de conformidad con lo reglamentariamente dispuesto.

Anexo IV: Modelos normalizados del Decreto 282/2002, de 12 de noviembre, de acogimiento familiar y adopción.

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad

**OFRECIMIENTO PARA EL ACOGIMIENTO FAMILIAR**  
(Código procedimiento: 11068)



URGENCIA    TEMPORAL    TEMPORAL ESPECIALIZADO    PERMANENTE    PERMANENTE ESPECIALIZADO  
Señalar uno o varios de los tipos de acogimiento para los que se ofrecen.

| 1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y DE LAS REPRESENTANTES   |  |                   |  |
|---|--|-------------------|--|
| <b>1.1 PERSONA SOLICITANTE N° 1 Y REPRESENTANTE</b>   |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |                   |  |
| DNI/NIE/PASAPORTE:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | FECHA NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |
| POBLACIÓN DE NACIMIENTO:  | PROVINCIA:   | PAÍS:             | NACIONALIDAD:  |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Señalar lo que proceda)  |  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1º GRADO O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2º 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.<br><input type="checkbox"/> Empresario/a sin asalariados. <input type="checkbox"/> Personal subalterno.<br><input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta propia. <input type="checkbox"/> Capataz o similar de industria y servicios.<br><input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta ajena. <input type="checkbox"/> Trabajos cualificados de industria y servicios.<br><input type="checkbox"/> Profesión liberal. <input type="checkbox"/> Ama/o de casa.<br><input type="checkbox"/> Personal directivo, alto funcionario/a cuadros superiores. <input type="checkbox"/> Otras profesiones.<br><input type="checkbox"/> Cuadro funcionarios/as medios. <input type="checkbox"/> Jubilado/a; incapacitado/a; inactivo/a.<br><input type="checkbox"/> Empleado/a de oficina. <input type="checkbox"/> Desempleado/a.<br><input type="checkbox"/> Estudiante. |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |                   | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| DNI/NIE:  |  |                   |  |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |                   |  |
| <b>1.2 PERSONA SOLICITANTE N° 2 Y REPRESENTANTE</b>   |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |                   |  |
| DNI/NIE/PASAPORTE:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | FECHA NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |
| POBLACIÓN DE NACIMIENTO:  | PROVINCIA:   | PAÍS:             | NACIONALIDAD:  |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Señalar lo que proceda)  |  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1º GRADO O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2º GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/GRADO  |  |                   |  |



002609/4

00297069





| 1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y DE LAS REPRESENTANTES (Continuación)  |  |   |                     |                            |  |              |         |
|---|--|---|---------------------|----------------------------|--|--------------|---------|
| 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"/>  |  |   |                     | <input type="checkbox"/>   | Estudiante.  |              |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |   |                     |                            | SEXO:  | DNI/NIE:     |         |
|   |  |   |                     |                            | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M  |              |         |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |   |                     |                            |  |              |         |
| 1.3 DATOS DE RESIDENCIA DE LA/S PERSONA/AS SOLICITANTE/S  |  |   |                     |                            |  |              |         |
| TIPO DE VÍA:  |  | NOMBRE DE LA VÍA:                                     |                     |                            |  |              |         |
| NÚMERO:   | LETRA:   | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:             | PORTAL:                    | ESCALERA:  | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |  | MUNICIPIO:  |                     | 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: |                            |  |              |         |
| 2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR  |  |   |                     |                            |  |              |         |
| 2.1 RELACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN  |  |   |                     |                            |  |              |         |
| <input type="checkbox"/> SOLO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A - DIVORCIADO/A<br><input type="checkbox"/> MATRIMONIO. FECHA DE CONSTITUCIÓN: .....<br><input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO. AÑO DE INICIO DE LA CONVIVENCIA: ..... |  |   |                     |                            |  |              |         |
| 2.2 HIJOS E HIJAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR   |  |   |                     |                            |  |              |         |
| 2.2.1 HIJOS E HIJAS COMUNES DE LA PAREJA  |  |   |                     |                            |  |              |         |
| NOMBRE Y APELLIDOS  |  | SEXO  | FECHA NACIMIENTO    | BIOLOGICO/A O POR ADOPCIÓN | FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción) |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |              |         |

002609/4

00297069





| 2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR (Continuación)  |   |                     |   |  |
|--|---|---------------------|---|--|
| 2.2.2 HIJOS E HIJAS DE ANTERIORES MATRIMONIOS Y/O PAREJAS  |   |                     |   |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS   | SEXO  | FECHA NACIMIENTO    | BIOLOGICO/A O POR ADOPCIÓN                | FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción) |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
| 2.3 HIJOS E HIJAS QUE NO CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR   |   |                     |   |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS   | SEXO  | FECHA NACIMIENTO    | COMUNES DE LA PAREJA O DE ALGUNO DE ELLOS |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
| 2.4 OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO  |   |                     |   |  |
| (En caso de cumplimentar este apartado será necesario cumplimentar también el apartado 5.3 y, en su caso, el anexo I bis)  |   |                     |   |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS   | SEXO  | RELACIÓN/PARENTESCO | FECHA NACIMIENTO                          | OCUPACIÓN  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
| 3. OFRECIMIENTO PARA ACOGER  |   |                     |   |  |
| CIRCUNSTANCIAS DEL NIÑO O DE LA NIÑA DISPUESTOS A ACOGER (indicar lo que procede)  |   |                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Un solo niño o niña de hasta ..... años de edad.<br><input type="checkbox"/> Un grupo de ..... hasta ..... hermanos de edades entre ..... hasta ..... años.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con problemas de salud especiales (enfermedad crónica, grandes prematuros, retrasos madurativos, etc).<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VIH o con enfermedad del SIDA.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VHC o con hepatitis C.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con antecedentes hereditarios de riesgo de enfermedad y/o retraso mental.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña víctima de violencia sexual.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con fracasos previos en acogimiento o adopción.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con alguna discapacidad: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial.<br><input type="checkbox"/> Otras. Especificar: ..... |   |                     |   |  |

002609/4

00297069





| 4. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN   |  |                   |         |                     |           |         |              |
|--|--|-------------------|---------|---------------------|-----------|---------|--------------|
| <b>4.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE Nº 1</b>  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| Marque solo una opción.  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| TIPO DE VÍA:   |  | NOMBRE DE LA VÍA: |         |                     |           |         |              |
| NÚMERO:  | LETRA:   | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |  | MUNICIPIO:        |         | 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 de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>Correo electrónico: ..... N° 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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .   |  |                   |         |                     |           |         |              |
| <b>4.2 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE Nº 2</b>  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| Marque solo una opción.  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| TIPO DE VÍA:   |  | NOMBRE DE LA VÍA: |         |                     |           |         |              |
| NÚMERO:  | LETRA:   | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |  | MUNICIPIO:        |         | 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 de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>Correo electrónico: ..... N° 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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .   |  |                   |         |                     |           |         |              |
| 5. DERECHO DE OPOSICIÓN  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, cada persona puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):   |  |                   |         |                     |           |         |              |
| <b>5.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1</b>  |  |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y aporfo copia del DNI/NIE/PASAPORTE.                                       |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> , a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporfo copia del DNI/NIE/PASAPORTE.        |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y aporfo certificado de empadronamiento.               |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos sobre antecedentes penales</b> a través del Servicio de Consulta de inexistencia de antecedentes penales, y aporfo certificado de antecedentes penales. |                   |         |                     |           |         |              |

002609/4

00297069



| 5. DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y apporto certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.          |
| 5.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> , a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto certificado de empadronamiento.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos sobre antecedentes penales</b> a través del Servicio de Consulta de inexistencia de antecedentes penales, y apporto certificado de antecedentes penales.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y apporto certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.          |
| 5.3 DECLARAMOS  |   |
| <input type="checkbox"/>  | Haber comunicado a las personas que conviven en el domicilio familiar, mayores de edad o emancipadas y con responsabilidad penal, la posibilidad de que se opongan a los datos aquí referidos, con el resultado que figura en el Anexo I bis.   |
| 6. CONSENTIMIENTO EXPRESO   |   |
| 6.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1  |   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS<br>Marque una de las opciones   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTO</b> y apporto la documentación acreditativa.  |
| 6.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS<br>Marque una de las opciones   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTO</b> y apporto la documentación acreditativa.  |
| 7. DOCUMENTACIÓN  |   |
| 7.1 LAS PERSONAS SOLICITANTES PRESENTARÁN LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de empadronamiento histórico colectivo.   |
| <input type="checkbox"/>  | Documento acreditativo de la inscripción del matrimonio o de la pareja de hecho en el Registro correspondiente así como del periodo de convivencia o, en el caso de acogimientos de urgencia o temporales, documento análogo que acredite tal condición expedido por la autoridad competente. |
| <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.   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de actividad laboral o profesional.   |
| <input type="checkbox"/>  | En el supuesto de personas con edad comprendida entre los 14 y los 18 años, que sean miembros de la unidad familiar, o que residan en el domicilio familiar, certificado negativo del Registro Central de delincuentes sexuales.  |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de haber asistido a la sesión informativa para el acogimiento familiar.(*)  |
| <input type="checkbox"/>  | Otros. Especificar: .....   |
| (*) No es obligatoria la presentación de este certificado para las personas que hayan asistido a las sesiones en la Comunidad Autónoma de Andalucía.  |   |
| 7.2 DOCUMENTACIÓN APORTADA POR CADA UNA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES EN EL CASO DE OPOSICIÓN A LA CONSULTA CORRESPONDIENTE DEL APARTADO 5 Y/O DE NO HABERSE PRESTADO EL CONSENTIMIENTO A LA CONSULTA DEL APARTADO 6 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona solicitante nº 1  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona solicitante nº 2  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE del/de la representante de la persona solicitante nº 1  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE del/de la representante de la persona solicitante nº 2  |

002609/4

00297069



| 7. DOCUMENTACIÓN (Continuación)  |   |                             |                                 |   |
|--|---|-----------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de empadronamiento de la persona solicitante n.º 1.   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de empadronamiento de la persona solicitante n.º 2.   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de antecedentes penales de la persona solicitante n.º 1.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de antecedentes penales de la persona solicitante n.º 2.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de delitos de naturaleza sexual de la persona solicitante n.º 1.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de delitos de naturaleza sexual de la persona solicitante n.º 2.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Declaración individual del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera percibido en el periodo impositivo de referencia la persona solicitante n.º 1. |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Declaración individual del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera percibido en el periodo impositivo de referencia la persona solicitante n.º 2. |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Declaración conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia las personas solicitantes.     |                             |                                 |   |
| <b>7.3</b> En caso de personas mayores de edad y con responsabilidad penal convivientes en el domicilio familiar:  |   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Anexo I Bis relativo al derecho de oposición y prestación del consentimiento expreso de las personas convivientes, junto con la documentación que corresponda en caso de oposición o no prestación del consentimiento.  |                             |                                 |   |
| <b>7.4 DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA</b>   |   |                             |                                 |   |
| <b>PERSONA SOLICITANTE N.º 1</b>   |   |                             |                                 |   |
| Ejerzo el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |   |                             |                                 |   |
|  | Documento   | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1  |   |                             |                                 |   |
| 2  |   |                             |                                 |   |
| 3  |   |                             |                                 |   |
| 4  |   |                             |                                 |   |
| 5  |   |                             |                                 |   |
| 6  |   |                             |                                 |   |
| 7  |   |                             |                                 |   |
| 8  |   |                             |                                 |   |
| 9  |   |                             |                                 |   |
| 10   |   |                             |                                 |   |
| <b>PERSONA SOLICITANTE N.º 2</b>   |   |                             |                                 |   |
| Ejerzo el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |   |                             |                                 |   |
|  | Documento   | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1  |   |                             |                                 |   |
| 2  |   |                             |                                 |   |
| 3  |   |                             |                                 |   |
| 4  |   |                             |                                 |   |
| 5  |   |                             |                                 |   |
| 6  |   |                             |                                 |   |
| 7  |   |                             |                                 |   |
| 8  |   |                             |                                 |   |
| 9  |   |                             |                                 |   |
| 10   |   |                             |                                 |   |

002609/4

00297069





| 7. DOCUMENTACIÓN (Continuación)   |                                 |                                 |   |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 7.5 DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES   |                                 |                                 |   |
| PERSONA SOLICITANTE Nº 1  |                                 |                                 |   |
| Ejercicio del derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                                 |                                 |   |
| Documento   | Administración Pública y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |                                 |                                 |   |
| 2   |                                 |                                 |   |
| 3   |                                 |                                 |   |
| 4   |                                 |                                 |   |
| 5   |                                 |                                 |   |
| 6   |                                 |                                 |   |
| 7   |                                 |                                 |   |
| 8   |                                 |                                 |   |
| 9   |                                 |                                 |   |
| 10  |                                 |                                 |   |
| PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |                                 |                                 |   |
| Ejercicio del derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                                 |                                 |   |
| Documento   | Administración Pública y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |                                 |                                 |   |
| 2   |                                 |                                 |   |
| 3   |                                 |                                 |   |
| 4   |                                 |                                 |   |
| 5   |                                 |                                 |   |
| 6   |                                 |                                 |   |
| 7   |                                 |                                 |   |
| 8   |                                 |                                 |   |
| 9   |                                 |                                 |   |
| 10  |                                 |                                 |   |

| 8. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA   |             |
|--|-------------|
| Las personas abajo firmantes <b>DECLARAN</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente ofrecimiento y en la documentación adjunta, muestran su disposición para realizar las entrevistas, cuestionarios, pruebas psicométricas y otras que se consideren necesarias, y <b>SE OFRECEN</b> para el acogimiento familiar. |             |
| En _____ a _____ de _____  |             |
| LA/S PERSONA/S SOLICITANTES/S/REPRESENTANTE/S  |             |
| Fdo.: _____  | Fdo.: _____ |

ILMO./A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS IGUALDAD EN \_\_\_\_\_  
Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

002609/4

00297069



**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud, cuya dirección es Edificio de Hytasa n.º14 - Edificio Junta de Andalucía - 41071 SEVILLA y dirección electrónica: [smif.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:smif.cisjufi@juntadeandalucia.es)
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es)
- c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento OFRECIMIENTO PARA EL ACOGIMIENTO FAMILIAR (Código de procedimiento 11068), con la finalidad de gestión, estudio y tramitación de los ofrecimientos realizados por las personas interesadas en acogimiento familiar; la licitud de dicho tratamiento se basa en el artículo 6.1.a) del RGPD, consecuencia de lo establecido en la normativa siguiente: Código Civil, Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, Ley 4/2021 de Infancia y Adolescencia de Andalucía y Decreto 282/2002, de 12 de noviembre, de Acogimiento Familiar y Adopción.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) La Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud contempla la cesión de datos a la Administración General del Estado, Administración Local, otras Comunidades Autónomas, consulados, Defensor del Pueblo, Defensor del Pueblo Andaluz, Gabinete Jurídico, Administración de Justicia, Ministerio Fiscal y entidades colaboradoras para medidas de integración familiar.

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/detalle/213926>

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO****1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y REPRESENTANTES**

Deberán cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren de las personas solicitantes nº 1 y 2, así como sus datos de residencia, en los correspondientes subapartados 1.1, 1.2 y 1.3.

Los datos relativos a las personas representantes serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

**2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR**

Deberán cumplimentar este apartado con los datos correspondientes a la convivencia familiar de las personas que se ofrecen para el acogimiento familiar.

**3. OFRECIMIENTO A ACOGER**

Han de cumplimentarse las circunstancias del niño o de la niña dispuestos a acoger.

**4. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder efectuar los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**5. DERECHO DE OPOSICIÓN**

Cada una de las personas solicitantes podrán cumplimentar los subapartados 5.1 y 5.2, en caso de que deseen oponerse a la consulta de alguno de los datos que se indican, en cuyo caso deberán aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

En el caso de que en el apartado 2.4 se hayan indicado "otros miembros que conviven en el mismo domicilio", será necesario que las personas firmantes cumplimenten en el apartado 5.3, la declaración relativa a haber informado a las personas que conviven en el domicilio familiar acerca de la posibilidad de oponerse a la consulta de los datos referidos. En el supuesto de que alguna de estas personas se oponga a la consulta de sus datos se deberá aportar cumplimentado el Anexo I bis junto con la documentación oportuna.

**6. CONSENTIMIENTO EXPRESO**

Cada una de las personas solicitantes deberá cumplimentar el correspondiente subapartado, indicando si está o no de acuerdo con que el órgano gestor realice la consulta del dato indicado. En caso de que no esté de acuerdo, deberá aportar la documentación correspondiente.

En el supuesto de que existan otras personas mayores de edad que convivan en el domicilio familiar, deberán cumplimentar el Anexo I Bis para prestar o no el correspondiente consentimiento a la consulta de sus datos relativos a la renta.

**7. DOCUMENTACIÓN**

Se debe marcar la documentación que se aporte efectivamente.

En el caso de que se hayan opuesto a la consulta de algún dato del apartado 5 o de no haberse prestado el consentimiento para la consulta en el apartado 6, se deberá marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones solo procederá cumplimentarlos cuando ejerzan su derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos, deberán aportar toda la información que se solicita.

En relación al Anexo I Bis, tendrán que acompañar a la presente solicitud tantos Anexos I Bis como personas mayores de edad y con responsabilidad penal convivan en el domicilio familiar. Asimismo, en el supuesto de que estas personas se hubiesen opuesto a la consulta de algún dato o no hubiesen prestado su consentimiento, deberán acompañar la documentación acreditativa correspondiente.

**8. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

Deberán declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento y firmar el formulario.

002609/4

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad

**DERECHO DE OPOSICIÓN PARA LA CONSULTA DE DETERMINADOS DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR, MAYORES DE EDAD O EMANCIPADAS Y CON RESPONSABILIDAD PENAL, COMPLEMENTARIO AL ANEXO I DE OFRECIMIENTO PARA EL ACOGIMIENTO FAMILIAR.**

(Código de Procedimiento: 11068)



**MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR / CONVIVIENTE NÚMERO:** .....

Cumplimentar un Anexo por cada miembro o persona mayor de edad

| 1. DATOS DE LA PERSONA CONVIVIENTE Y DE LA REPRESENTANTE |  |                    |
|--|--|--------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                                      | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:          | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:                                     |  |                    |

| 2. DERECHO DE OPOSICIÓN   |  |
|---|--|
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, cada persona puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre: |  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad, y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y apporto certificación negativa del Registro Central de Delinquentes Sexuales. |

| 3. CONSENTIMIENTO EXPRESO   |   |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE DATOS TRIBUTARIOS (para cada miembro de la unidad familiar mayor de 16 años) |   |
| <input type="checkbox"/>  | La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para el suministro de datos de renta a la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad o Entidades Colaboradoras a los efectos de comprobación de los datos y/o que resulten exigibles al amparo del DECRETO 282/2002, de 12 de noviembre, de Acogimiento Familiar y Adopción.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTE</b> y aporta declaración individual o conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera o hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia. |

| 4. DOCUMENTACIÓN                     |  |
|--------------------------------------|--|
| Presento la siguiente documentación: |  |
| <input type="checkbox"/>             | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |
| <input type="checkbox"/>             | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona representante.   |
| <input type="checkbox"/>             | Certificado de delitos de naturaleza sexual.   |
| <input type="checkbox"/>             | Declaración individual o conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera o hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia. |

| 5. LUGAR, FECHA Y FIRMA                |  |
|--|--|
| En ..... a ..... de ..... de .....     |  |
| LA PERSONA CONVIVIENTE / REPRESENTANTE |  |
| Fdo.: .....                            |  |



002609/A01

00297069





### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO

Deberá cumplimentar un Anexo I Bis cada persona que conviva en el domicilio familiar, mayor de edad o emancipada, y con responsabilidad penal, complementario al anexo de ofrecimiento para la acogimiento familiar.

#### 1. DATOS DE LA PERSONA Y REPRESENTANTE

Deberá cumplimentarse con los datos identificativos del respectivo miembro de la unidad familiar o conviviente. Los datos relativos a la persona representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. DERECHO DE OPOSICIÓN

La persona miembro de la unidad familiar o conviviente podrá cumplimentar el apartado 2 en caso de que desee oponerse a la consulta de alguno de los datos que se indican, en cuyo caso, deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

#### 3. CONSENTIMIENTO EXPRESO

La persona miembro de la unidad familiar o conviviente deberá cumplimentar el correspondiente subapartado, indicando si está o no de acuerdo con que el órgano gestor realice la consulta del dato indicado. En caso de que no esté de acuerdo, deberá aportar la documentación correspondiente.

#### 4. DOCUMENTACIÓN

Se debe marcar la documentación que se aporte efectivamente. En el caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato del apartado 2 o de no haberse prestado el consentimiento para la consulta en el apartado 3, se deberá marcar y aportar la documentación requerida.

#### 5. LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá firmarse el formulario e indicarse el lugar y fecha de firma.





Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad

**OFRECIMIENTO PARA LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL**  
(Código de procedimiento: 11071)



| 1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y DE LAS REPRESENTANTES   |  |                   |  |
|---|--|-------------------|--|
| <b>1.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1 Y REPRESENTANTE</b>   |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |                   |  |
| DNI/NIE/PASAPORTE:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | FECHA NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |
| POBLACIÓN DE NACIMIENTO:  | PROVINCIA:   | PAÍS:             | NACIONALIDAD:  |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Señalar lo que proceda)  |  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1º GRADO O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2º 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.<br><input type="checkbox"/> Empresario/a sin asalariados. <input type="checkbox"/> Personal Subalterno.<br><input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta propia. <input type="checkbox"/> Capataz o similar de industria y servicios.<br><input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta ajena. <input type="checkbox"/> Trabajos cualificados de industria y servicios.<br><input type="checkbox"/> Profesión liberal. <input type="checkbox"/> Ama/o de casa.<br><input type="checkbox"/> Personal Directivo, Alto Funcionario/a Cuadros Superiores. <input type="checkbox"/> Otras Profesiones.<br><input type="checkbox"/> Cuadro Funcionarios/as Medios. <input type="checkbox"/> Jubilado/a; Incapacitado/a; Inactivo/a.<br><input type="checkbox"/> Empleado/a de oficina. <input type="checkbox"/> Desempleado/a.<br><input type="checkbox"/> Estudiante. |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |                   | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| DNI/NIE:  |  |                   |  |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |                   |  |
| <b>1.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2 Y REPRESENTANTE</b>   |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |                   |  |
| DNI/NIE/PASAPORTE:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | FECHA NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |
| POBLACIÓN DE NACIMIENTO:  | PROVINCIA:   | PAÍS:             | NACIONALIDAD:  |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Señalar lo que proceda)  |  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1º GRADO O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2º GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/GRADO  |  |                   |  |



002611/4

00297069





| 1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y DE LAS REPRESENTANTES (Continuación)  |  |   |                     |                            |  |   |          |
|---|--|---|---------------------|----------------------------|--|---|----------|
| 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"/>  |  |   |                     | <input type="checkbox"/>   | Estudiante.  |   |          |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |   |                     |                            |  | SEXO:   | DNI/NIE: |
|   |  |   |                     |                            |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |          |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |   |                     |                            |  |   |          |
| 1.3 DATOS DE RESIDENCIA DE LA/S PERSONA/AS SOLICITANTE/S  |  |   |                     |                            |  |   |          |
| TIPO DE VÍA:  | NOMBRE DE LA VÍA:  |   |                     |                            |  |   |          |
| NÚMERO:   | LETRA:   | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:             | PORTAL:                    | ESCALERA:  | PLANTA:   | PUERTA:  |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |  | MUNICIPIO:  |                     | 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: |                            |  |   |          |
| 2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR  |  |   |                     |                            |  |   |          |
| 2.1 RELACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN  |  |   |                     |                            |  |   |          |
| <input type="checkbox"/> SOLO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A - DIVORCIADO/A<br><input type="checkbox"/> MATRIMONIO. FECHA DE CONSTITUCIÓN: _____<br><input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO. AÑO DE INICIO DE LA CONVIVENCIA: _____ |  |   |                     |                            |  |   |          |
| 2.2 HIJOS E HIJAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR   |  |   |                     |                            |  |   |          |
| 2.2.1 HIJOS E HIJAS COMUNES DE LA PAREJA  |  |   |                     |                            |  |   |          |
| NOMBRE Y APELLIDOS  |  | SEXO  | FECHA NACIMIENTO    | BIOLOGICO/A O POR ADOPCIÓN | FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción) |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |   |          |

002611/4

00297069



| 2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR (Continuación)  |   |                     |   |  |
|--|---|---------------------|---|--|
| 2.2.2 HIJOS E HIJAS DE ANTERIORES MATRIMONIOS Y/O PAREJAS  |   |                     |   |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS   | SEXO  | FECHA NACIMIENTO    | BIOLOGICO/A O POR ADOPCIÓN                | FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción) |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
| 2.3 HIJOS E HIJAS QUE NO CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR   |   |                     |   |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS   | SEXO  | FECHA NACIMIENTO    | COMUNES DE LA PAREJA O DE ALGUNO DE ELLOS |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
| 2.4 OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO  |   |                     |   |  |
| (En caso de cumplimentar este apartado será necesario cumplimentar también el apartado 5.3 y, en su caso, el anexo I bis)  |   |                     |   |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS   | SEXO  | RELACIÓN/PARENTESCO | FECHA NACIMIENTO                          | OCUPACIÓN  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |   |  |
| 3. OFRECIMIENTO PARA ADOPTAR   |   |                     |   |  |
| 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.<br><input type="checkbox"/> Un grupo de _____ hasta _____ hermanos de edades entre _____ hasta _____ años.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con problemas de salud especiales (enfermedad crónica, grandes prematuros, retrasos madurativos, etc).<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VIH o con enfermedad del SIDA.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VHC o con hepatitis C.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con antecedentes hereditarios de riesgo de enfermedad y/o retraso mental.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña víctima de violencia sexual.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con fracasos previos en acogimiento o adopción.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con alguna discapacidad: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial.<br><input type="checkbox"/> Otras. Especificar: _____ |   |                     |   |  |

002611/4

00297069



| 4. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN   |   |                   |         |                     |           |         |              |
|--|---|-------------------|---------|---------------------|-----------|---------|--------------|
| <b>4.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE Nº 1</b>  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| Marque solo una opción.  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| TIPO DE VÍA:   |   | NOMBRE DE LA VÍA: |         |                     |           |         |              |
| NÚMERO:  | LETRA:  | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |   | MUNICIPIO:        |         | 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 de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br><br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>Correo electrónico: ..... N° 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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .   |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <b>4.2 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE Nº 2</b>  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| Marque solo una opción.  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| TIPO DE VÍA:   |   | NOMBRE DE LA VÍA: |         |                     |           |         |              |
| NÚMERO:  | LETRA:  | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |   | MUNICIPIO:        |         | 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 de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br><br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>Correo electrónico: ..... N° 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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .   |   |                   |         |                     |           |         |              |
| 5. DERECHO DE OPOSICIÓN  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, cada persona puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):   |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <b>5.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1</b>  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.                                       |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> , a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.        |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto certificado de empadronamiento.               |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos sobre antecedentes penales</b> a través del Servicio de Consulta de inexistencia de antecedentes penales, y apporto certificado de antecedentes penales. |                   |         |                     |           |         |              |

002611/4

00297069



| 5. DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y aporto certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.           |
| 5.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y aporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> , a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y aporto certificado de empadronamiento.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos sobre antecedentes penales</b> a través del Servicio de Consulta de inexistencia de antecedentes penales, y aporto certificado de antecedentes penales.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y aporto certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.           |
| 5.3 DECLARAMOS  |   |
| <input type="checkbox"/>  | Haber comunicado a las personas que conviven en el domicilio familiar, mayores de edad o emancipadas y con responsabilidad penal, la posibilidad de que se opongan a los datos aquí referidos, con el resultado que figura en el Anexo I bis.   |
| 6. CONSENTIMIENTO EXPRESO   |   |
| 6.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1  |   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS<br>Marque una de las opciones   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTO</b> y aporto la documentación acreditativa.   |
| 6.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS<br>Marque una de las opciones   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTO</b> y aporto la documentación acreditativa.   |
| 7. DOCUMENTACIÓN  |   |
| 7.1 LAS PERSONAS SOLICITANTES PRESENTARÁN LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de empadronamiento histórico colectivo.   |
| <input type="checkbox"/>  | Documento acreditativo de la inscripción del matrimonio o de la pareja de hecho en el Registro correspondiente así como del periodo de convivencia o, en el caso de acogimientos de urgencia o temporales, documento análogo que acredite tal condición expedido por la autoridad competente. |
| <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.   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de actividad laboral o profesional.   |
| <input type="checkbox"/>  | En el supuesto de personas con edad comprendida entre los 14 y los 18 años, que sean miembros de la unidad familiar, certificado negativo del Registro Central de delincuentes sexuales.  |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de haber asistido a la sesión informativa y a las de preparación para la adopción. (*)  |
| <input type="checkbox"/>  | Otros. Especificar: .....   |
| (*) No es obligatoria la presentación de este certificado para las personas que hayan asistido a las sesiones en la Comunidad Autónoma de Andalucía.  |   |
| 7.2 DOCUMENTACIÓN APORTADA POR CADA UNA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES EN EL CASO DE OPOSICIÓN A LA CONSULTA CORRESPONDIENTE DEL APARTADO 5 Y/O DE NO HABERSE PRESTADO EL CONSENTIMIENTO A LA CONSULTA DEL APARTADO 6 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona solicitante nº 1  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona solicitante nº 2  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE del/de la representante de la persona solicitante nº 1  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE del/de la representante de la persona solicitante nº 2  |

002611/4

00297069



| 7. DOCUMENTACIÓN (Continuación)  |   |                             |                                 |   |
|--|---|-----------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de empadronamiento de la persona solicitante n.º 1.   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de empadronamiento de la persona solicitante n.º 2.   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de antecedentes penales de la persona solicitante n.º 1.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de antecedentes penales de la persona solicitante n.º 2.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de delitos de naturaleza sexual de la persona solicitante n.º 1.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Certificado de delitos de naturaleza sexual de la persona solicitante n.º 2.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Declaración individual del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera percibido en el periodo impositivo de referencia la persona solicitante n.º 1. |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Declaración individual del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera percibido en el periodo impositivo de referencia la persona solicitante n.º 2. |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Declaración conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia las personas solicitantes.     |                             |                                 |   |
| <b>7.3</b> En caso de personas mayores de edad y con responsabilidad penal convivientes en el domicilio familiar:  |   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>   | Anexo I Bis relativo al derecho de oposición y prestación del consentimiento expreso de las personas convivientes, junto con la documentación que corresponda en caso de oposición o no prestación del consentimiento.  |                             |                                 |   |
| <b>7.4 DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA</b>   |   |                             |                                 |   |
| <b>PERSONA SOLICITANTE N.º 1</b>   |   |                             |                                 |   |
| Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |   |                             |                                 |   |
|  | Documento   | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1  |   |                             |                                 |   |
| 2  |   |                             |                                 |   |
| 3  |   |                             |                                 |   |
| 4  |   |                             |                                 |   |
| 5  |   |                             |                                 |   |
| 6  |   |                             |                                 |   |
| 7  |   |                             |                                 |   |
| 8  |   |                             |                                 |   |
| 9  |   |                             |                                 |   |
| 10   |   |                             |                                 |   |
| <b>PERSONA SOLICITANTE N.º 2</b>   |   |                             |                                 |   |
| Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |   |                             |                                 |   |
|  | Documento   | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1  |   |                             |                                 |   |
| 2  |   |                             |                                 |   |
| 3  |   |                             |                                 |   |
| 4  |   |                             |                                 |   |
| 5  |   |                             |                                 |   |
| 6  |   |                             |                                 |   |
| 7  |   |                             |                                 |   |
| 8  |   |                             |                                 |   |
| 9  |   |                             |                                 |   |
| 10   |   |                             |                                 |   |

002611/4

00297069





| 7. DOCUMENTACIÓN (Continuación)   |                                 |                                 |   |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 7.5 DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES   |                                 |                                 |   |
| PERSONA SOLICITANTE Nº 1  |                                 |                                 |   |
| Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                                 |                                 |   |
| Documento   | Administración Pública y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |                                 |                                 |   |
| 2   |                                 |                                 |   |
| 3   |                                 |                                 |   |
| 4   |                                 |                                 |   |
| 5   |                                 |                                 |   |
| 6   |                                 |                                 |   |
| 7   |                                 |                                 |   |
| 8   |                                 |                                 |   |
| 9   |                                 |                                 |   |
| 10  |                                 |                                 |   |
| PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |                                 |                                 |   |
| Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                                 |                                 |   |
| Documento   | Administración Pública y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |                                 |                                 |   |
| 2   |                                 |                                 |   |
| 3   |                                 |                                 |   |
| 4   |                                 |                                 |   |
| 5   |                                 |                                 |   |
| 6   |                                 |                                 |   |
| 7   |                                 |                                 |   |
| 8   |                                 |                                 |   |
| 9   |                                 |                                 |   |
| 10  |                                 |                                 |   |

| 8. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA   |             |
|--|-------------|
| Las personas abajo firmantes <b>DECLARAN</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente ofrecimiento y en la documentación adjunta, muestran su disposición para realizar las entrevistas, cuestionarios, pruebas psicométricas y otras que se consideren necesarias, y <b>SE OFRECEN</b> para la adopción internacional. |             |
| En _____ a _____ de _____  |             |
| LA/S PERSONA/S SOLICITANTES/S/REPRESENTANTE/S  |             |
| Fdo.: _____  | Fdo.: _____ |

ILMO./A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS IGUALDAD EN \_\_\_\_\_  
Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

002611/4

00297069





### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud, cuya dirección es Edificio de Hytasa n.º14 - Edificio Junta de Andalucía - 41071 Sevilla y la dirección electrónica [sv.adopinternacional.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:sv.adopinternacional.cisjufi@juntadeandalucia.es)
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es)
- c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento OFRECIMIENTO PARA LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL (Código de procedimiento 11071), con la finalidad de gestión, estudio y tramitación de los ofrecimientos realizados por las personas interesadas en adopciones de carácter internacional; la licitud de dicho tratamiento se basa en el artículo 6.1.a) del RGPD, consecuencia de lo establecido en la normativa siguiente: Código Civil, Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción Internacional, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, Ley 4/2021 de Infancia y Adolescencia de Andalucía, Real Decreto 573/2023, de 4 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Adopción Internacional y Decreto 282/2002, de 12 de noviembre de Acogimiento Familiar y Adopción.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) La Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud contempla la cesión de datos a Administración General del Estado, Administración Local, otras Comunidades Autónomas, consulados, Defensor del Pueblo, Defensor del Pueblo Andaluz, Gabinete Jurídico, Administración de Justicia, Ministerio Fiscal, entidades colaboradoras para la valoración y seguimiento, organismos acreditados para la adopción internacional y organismos públicos competentes en materia de adopción de países colaboradores. 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/detalle/213926>



**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO****1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y REPRESENTANTES**

Deberán cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren de las personas solicitantes nº 1 y 2, así como sus datos de residencia, en los correspondientes subapartados 1.1, 1.2 y 1.3.

Los datos relativos a las personas representantes serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

**2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR**

Deberán cumplimentar este apartado con los datos correspondientes a la convivencia familiar de las personas que se ofrecen para la adopción internacional.

**3. OFRECIMIENTO PARA ADOPTAR**

Han de cumplimentarse las circunstancias del niño o de la niña dispuestos a adoptar.

**4. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder efectuar los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**5. DERECHO DE OPOSICIÓN**

Cada una de las personas solicitantes podrán cumplimentar los subapartados 5.1 y 5.2, en caso de que deseen oponerse a la consulta de alguno de los datos que se indican, en cuyo caso deberán aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

En el caso de que en el apartado 2.4 se hayan indicado "otros miembros que conviven en el mismo domicilio", será necesario que las personas firmantes cumplimenten en el apartado 5.3, la declaración relativa a haber informado a las personas que conviven en el domicilio familiar acerca de la posibilidad de oponerse a la consulta de los datos referidos. En el supuesto de que alguna de estas personas se oponga a la consulta de sus datos se deberá aportar cumplimentado el Anexo I bis junto con la documentación oportuna.

**6. CONSENTIMIENTO EXPRESO**

Cada una de las personas solicitantes deberá cumplimentar el correspondiente subapartado, indicando si está o no de acuerdo con que el órgano gestor realice la consulta del dato indicado. En caso de que no esté de acuerdo, deberá aportar la documentación correspondiente.

En el supuesto de que existan otras personas mayores de edad que convivan en el domicilio familiar, deberán cumplimentar el Anexo I Bis para prestar o no el correspondiente consentimiento a la consulta de sus datos relativos a la renta.

**7. DOCUMENTACIÓN**

Se debe marcar la documentación que se aporte efectivamente.

En el caso de que se hayan opuesto a la consulta de algún dato del apartado 5 o de no haberse prestado el consentimiento para la consulta en el apartado 6, se deberá marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones solo procederá cumplimentarlos cuando ejerzan su derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos, deberán aportar toda la información que se solicita.

En relación al Anexo I Bis, tendrán que acompañar a la presente solicitud tantos Anexos I Bis como personas mayores de edad y con responsabilidad penal convivan en el domicilio familiar. Asimismo, en el supuesto de que estas personas se hubiesen opuesto a la consulta de algún dato o no hubiesen prestado su consentimiento, deberán acompañar la documentación acreditativa correspondiente.

**8. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

Deberán declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento y firmar el formulario.

002611/4

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad

**DERECHO DE OPOSICIÓN PARA LA CONSULTA DE DETERMINADOS DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR, MAYORES DE EDAD O EMANCIPADAS, Y CON RESPONSABILIDAD PENAL, COMPLEMENTARIO AL ANEXO DE OFRECIMIENTO PARA LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL**



(Código de procedimiento: 11071)

**MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR / CONVIVIENTE NÚMERO:** .....

Cumplimentar un Anexo por cada miembro o persona mayor de edad

| 1. DATOS DE LA PERSONA CONVIVIENTE Y DE LA REPRESENTANTE |  |                    |
|--|--|--------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                                      | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:          | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:                                     |  |                    |

| 2. DERECHO DE OPOSICIÓN   |  |
|---|--|
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, cada persona puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre: |  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad, y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y apporto certificación negativa del Registro Central de Delinquentes Sexuales. |

| 3. CONSENTIMIENTO EXPRESO   |   |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE DATOS TRIBUTARIOS (para cada miembro de la unidad familiar mayor de 16 años) |   |
| <input type="checkbox"/>  | La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para el suministro de datos de renta a la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad o Entidades Colaboradoras a los efectos de comprobación de los datos y/o que resulten exigibles al amparo del DECRETO 282/2002, de 12 de noviembre, de Acogimiento Familiar y Adopción.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTE</b> y aporta declaración individual o conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera o hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia. |

| 4. DOCUMENTACIÓN                     |  |
|--------------------------------------|--|
| Presento la siguiente documentación: |  |
| <input type="checkbox"/>             | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |
| <input type="checkbox"/>             | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona representante.   |
| <input type="checkbox"/>             | Certificado de delitos de naturaleza sexual.   |
| <input type="checkbox"/>             | Declaración individual o conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera o hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia. |

| 5. LUGAR, FECHA Y FIRMA                |  |
|--|--|
| En ..... a ..... de ..... de .....     |  |
| LA PERSONA CONVIVIENTE / REPRESENTANTE |  |
| Fdo.: .....                            |  |



002611/1/A01

00297069





### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO

Deberá cumplimentar un Anexo I Bis cada persona que conviva en el domicilio familiar, mayor de edad o emancipada, y con responsabilidad penal, complementario al anexo de ofrecimiento para la adopción internacional.

#### 1. DATOS DE LA PERSONA Y REPRESENTANTE

Deberá cumplimentarse con los datos identificativos del respectivo miembro de la unidad familiar o conviviente. Los datos relativos a la persona representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. DERECHO DE OPOSICIÓN

La persona miembro de la unidad familiar o conviviente podrá cumplimentar el apartado 2 en caso de que desee oponerse a la consulta de alguno de los datos que se indican, en cuyo caso, deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

#### 3. CONSENTIMIENTO EXPRESO

La persona miembro de la unidad familiar o conviviente deberá cumplimentar el correspondiente subapartado, indicando si está o no de acuerdo con que el órgano gestor realice la consulta del dato indicado. En caso de que no esté de acuerdo, deberá aportar la documentación correspondiente.

#### 4. DOCUMENTACIÓN

Se debe marcar la documentación que se aporte efectivamente. En el caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato del apartado 2 o de no haberse prestado el consentimiento para la consulta en el apartado 3, se deberá marcar y aportar la documentación requerida.

#### 5. LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá firmarse el formulario e indicarse el lugar y fecha de firma.

002611/1/A01

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad



### OFRECIMIENTO PARA LA ADOPCIÓN NACIONAL (Código procedimiento: 11069)

| 1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y DE LAS REPRESENTANTES   |  |                   |  |
|---|--|-------------------|--|
| <b>1.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1 Y REPRESENTANTE</b>   |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |                   |  |
| DNI/NIE/PASAPORTE:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | FECHA NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |
| POBLACIÓN DE NACIMIENTO:  | PROVINCIA:   | PAÍS:             | NACIONALIDAD:  |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Señalar lo que proceda)  |  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1º GRADO O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2º 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.<br><input type="checkbox"/> Empresario/a sin asalariados. <input type="checkbox"/> Personal subalterno.<br><input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta propia. <input type="checkbox"/> Capataz o similar de industria y servicios.<br><input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta ajena. <input type="checkbox"/> Trabajos cualificados de industria y servicios.<br><input type="checkbox"/> Profesión liberal. <input type="checkbox"/> Ama/o de casa.<br><input type="checkbox"/> Personal directivo, alto funcionario/a cuadros superiores. <input type="checkbox"/> Otras profesiones.<br><input type="checkbox"/> Cuadro funcionarios/as medios. <input type="checkbox"/> Jubilado/a; incapacitado/a; inactivo/a.<br><input type="checkbox"/> Empleado/a de oficina. <input type="checkbox"/> Desempleado/a.<br><input type="checkbox"/> Estudiante. |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |                   | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| DNI/NIE:  |  |                   |  |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |                   |  |
| <b>1.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2 Y REPRESENTANTE</b>   |  |                   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |  |                   |  |
| DNI/NIE/PASAPORTE:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | FECHA NACIMIENTO: | ESTADO CIVIL:  |
| POBLACIÓN DE NACIMIENTO:  | PROVINCIA:   | PAÍS:             | NACIONALIDAD:  |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Señalar lo que proceda)  |  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1º GRADO O EQUIVALENTE<br><input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2º GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/GRADO  |  |                   |  |



002612/4

00297069





| 1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y DE LAS REPRESENTANTES (Continuación)  |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|---|--|---|---------------------|----------------------------|--|--|----------|--|--|--|--|--|
| 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"/>  |  |   |                     | <input type="checkbox"/>   | Estudiante.  |  |          |  |  |  |  |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |  |   |                     |                            |  | SEXO:  | DNI/NIE: |  |  |  |  |  |
|   |  |   |                     |                            |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M                                |          |  |  |  |  |  |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 1.3 DATOS DE RESIDENCIA DE LA/S PERSONA/AS SOLICITANTE/S  |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| TIPO DE VÍA:  |  | NOMBRE DE LA VÍA:                                     |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| NÚMERO:   | LETRA:   | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:             | PORTAL:                    | ESCALERA:  | PLANTA:  | PUERTA:  |  |  |  |  |  |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |  | MUNICIPIO:  |                     | PROVINCIA:                 | PAÍS:  | CÓD. POSTAL:   |          |  |  |  |  |  |
|   |  |   |                     |                            |  | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |          |  |  |  |  |  |
|   |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| DATOS DE CONTACTO:  |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| PERSONA INTERESADA 1:   | TELÉFONO FIJO:   | TELÉFONO MÓVIL:                                       | CORREO ELECTRÓNICO: |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| PERSONA INTERESADA 2:   | TELÉFONO FIJO:   | TELÉFONO MÓVIL:                                       | CORREO ELECTRÓNICO: |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR  |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 2.1 RELACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN  |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> SOLO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A - DIVORCIADO/A<br><input type="checkbox"/> MATRIMONIO. FECHA DE CONSTITUCIÓN: .....<br><input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO. AÑO DE INICIO DE LA CONVIVENCIA: ..... |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 2.2 HIJOS E HIJAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR   |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 2.2.1 HIJOS E HIJAS COMUNES DE LA PAREJA  |  |   |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS  |  | SEXO  | FECHA NACIMIENTO    | BIOLOGICO/A O POR ADOPCIÓN | FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción) |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                            |  |  |          |  |  |  |  |  |

002612/4

00297069



| 2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR (Continuación)           |   |                  |                            |  |
|---|---|------------------|----------------------------|--|
| 2.2.2 HIJOS E HIJAS DE ANTERIORES MATRIMONIOS Y/O PAREJAS |   |                  |                            |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS  | SEXO  | FECHA NACIMIENTO | BIOLOGICO/A O POR ADOPCIÓN | FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción) |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |                            |  |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |                            |  |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |                            |  |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |                            |  |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |                            |  |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |                            |  |

| 2.3 HIJOS E HIJAS QUE NO CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR |   |                  |   |  |
|--|---|------------------|---|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS   | SEXO  | FECHA NACIMIENTO | COMUNES DE LA PAREJA O DE ALGUNO DE ELLOS |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                  |   |  |

| 2.4 OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO   |   |                     |                  |           |
|---|---|---------------------|------------------|-----------|
| (En caso de cumplimentar este apartado será necesario cumplimentar también el apartado 5.3 y, en su caso, el anexo I bis) |   |                     |                  |           |
| NOMBRE Y APELLIDOS  | SEXO  | RELACIÓN/PARENTESCO | FECHA NACIMIENTO | OCUPACIÓN |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                  |           |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                  |           |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                  |           |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                  |           |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                  |           |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                  |           |
|   | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                     |                  |           |

| 3. OFRECIMIENTO PARA ADOPTAR  |
|---|
| 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.<br><input type="checkbox"/> Un grupo de _____ hasta _____ hermanos de edades entre _____ hasta _____ años.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con problemas de salud especiales (enfermedad crónica, grandes prematuros, retrasos madurativos, etc).<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VIH o con enfermedad del SIDA.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña portador o portadora del VHC o con hepatitis C.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con antecedentes hereditarios de riesgo de enfermedad y/o retraso mental.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña víctima de violencia sexual.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con fracasos previos en acogimiento o adopción.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña con alguna discapacidad: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial.<br><input type="checkbox"/> Un niño o niña que mantiene contactos con: <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Progenitores <input type="checkbox"/> Otros familiares<br><input type="checkbox"/> Otras. Especificar: _____ |

002612/4

00297069



| 4. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN   |   |                   |         |                     |           |         |              |
|--|---|-------------------|---------|---------------------|-----------|---------|--------------|
| <b>4.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE Nº 1</b>  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| Marque solo una opción.  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| TIPO DE VÍA:   |   | NOMBRE DE LA VÍA: |         |                     |           |         |              |
| NÚMERO:  | LETRA:  | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |   | MUNICIPIO:        |         | 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 de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .   |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <b>4.2 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE Nº 2</b>  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| Marque solo una opción.  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| TIPO DE VÍA:   |   | NOMBRE DE LA VÍA: |         |                     |           |         |              |
| NÚMERO:  | LETRA:  | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |   | MUNICIPIO:        |         | 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 de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .   |   |                   |         |                     |           |         |              |
| 5. DERECHO DE OPOSICIÓN  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, cada persona puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre:  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <b>5.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1</b>  |   |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.                                       |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> , a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.        |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto certificado de empadronamiento.               |                   |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/>   | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos sobre antecedentes penales</b> a través del Servicio de Consulta de inexistencia de antecedentes penales, y apporto certificado de antecedentes penales. |                   |         |                     |           |         |              |

002612/4

00297069



| 5. DERECHO DE OPOSICIÓN (Continuación)  |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y apporto certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.          |
| 5.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> , a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de residencia y empadronamiento</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y apporto certificado de empadronamiento.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos sobre antecedentes penales</b> a través del Servicio de Consulta de inexistencia de antecedentes penales, y apporto certificado de antecedentes penales.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y apporto certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.          |
| 5.3 DECLARAMOS  |   |
| <input type="checkbox"/>  | Haber comunicado a las personas que conviven en el domicilio familiar, mayores de edad o emancipadas y con responsabilidad penal, la posibilidad de que se opongan a los datos aquí referidos, con el resultado que figura en el Anexo I bis.   |
| 6. CONSENTIMIENTO EXPRESO   |   |
| 6.1 PERSONA SOLICITANTE Nº 1  |   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS<br>Marque una de las opciones   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTO</b> y apporto la documentación acreditativa.  |
| 6.2 PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS<br>Marque una de las opciones   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTO</b> y apporto la documentación acreditativa.  |
| 7. DOCUMENTACIÓN  |   |
| 7.1 LAS PERSONAS SOLICITANTES PRESENTARÁN LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:   |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de empadronamiento histórico colectivo.   |
| <input type="checkbox"/>  | Documento acreditativo de la inscripción del matrimonio o de la pareja de hecho en el Registro correspondiente así como del periodo de convivencia o, en el caso de acogimientos de urgencia o temporales, documento análogo que acredite tal condición expedido por la autoridad competente. |
| <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.   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de actividad laboral o profesional.   |
| <input type="checkbox"/>  | En el supuesto de personas con edad comprendida entre los 14 y los 18 años, que sean miembros de la unidad familiar o que residan en el domicilio familiar, certificado negativo del Registro Central de delincuentes sexuales.   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de haber asistido a la sesión informativa para la adopción. (*)   |
| <input type="checkbox"/>  | Otros. Especificar: .....   |
| (*) No es obligatoria la presentación de este certificado para las personas que hayan asistido a las sesiones en la Comunidad Autónoma de Andalucía.  |   |
| 7.2 DOCUMENTACIÓN APORTADA POR CADA UNA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES EN EL CASO DE OPOSICIÓN A LA CONSULTA CORRESPONDIENTE DEL APARTADO 5 Y/O DE NO HABERSE PRESTADO EL CONSENTIMIENTO A LA CONSULTA DEL APARTADO 6 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona solicitante nº 1  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona solicitante nº 2  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE del/de la representante de la persona solicitante nº 1  |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE del/de la representante de la persona solicitante nº 2  |

002612/4

00297069





| 7. DOCUMENTACIÓN (Continuación)   |   |                             |                                 |   |
|---|---|-----------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de empadronamiento de la persona solicitante n.º 1.   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de empadronamiento de la persona solicitante n.º 2.   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de antecedentes penales de la persona solicitante n.º 1.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de antecedentes penales de la persona solicitante n.º 2.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de delitos de naturaleza sexual de la persona solicitante n.º 1.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de delitos de naturaleza sexual de la persona solicitante n.º 2.  |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Declaración individual del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera percibido en el periodo impositivo de referencia la persona solicitante n.º 1. |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Declaración individual del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera percibido en el periodo impositivo de referencia la persona solicitante n.º 2. |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Declaración conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia las personas solicitantes.     |                             |                                 |   |
| <b>7.3</b> En caso de personas mayores de edad y con responsabilidad penal convivientes en el domicilio familiar:   |   |                             |                                 |   |
| <input type="checkbox"/>  | Anexo I Bis relativo al derecho de oposición y prestación del consentimiento expreso de las personas convivientes, junto con la documentación que corresponda en caso de oposición o no prestación del consentimiento.  |                             |                                 |   |
| <b>7.4 DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA</b>  |   |                             |                                 |   |
| <b>PERSONA SOLICITANTE N.º 1</b>  |   |                             |                                 |   |
| 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, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |   |                             |                                 |   |
|   | Documento   | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |   |                             |                                 |   |
| 2   |   |                             |                                 |   |
| 3   |   |                             |                                 |   |
| 4   |   |                             |                                 |   |
| 5   |   |                             |                                 |   |
| 6   |   |                             |                                 |   |
| 7   |   |                             |                                 |   |
| 8   |   |                             |                                 |   |
| 9   |   |                             |                                 |   |
| 10  |   |                             |                                 |   |
| <b>PERSONA SOLICITANTE N.º 2</b>  |   |                             |                                 |   |
| 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, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |   |                             |                                 |   |
|   | Documento   | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |   |                             |                                 |   |
| 2   |   |                             |                                 |   |
| 3   |   |                             |                                 |   |
| 4   |   |                             |                                 |   |
| 5   |   |                             |                                 |   |
| 6   |   |                             |                                 |   |
| 7   |   |                             |                                 |   |
| 8   |   |                             |                                 |   |
| 8   |   |                             |                                 |   |
| 10  |   |                             |                                 |   |

002612/4

00297069





| 7. DOCUMENTACIÓN (Continuación)   |                                 |                                 |   |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 7.5 DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES   |                                 |                                 |   |
| PERSONA SOLICITANTE Nº 1  |                                 |                                 |   |
| Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                                 |                                 |   |
| Documento   | Administración Pública y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |                                 |                                 |   |
| 2   |                                 |                                 |   |
| 3   |                                 |                                 |   |
| 4   |                                 |                                 |   |
| 5   |                                 |                                 |   |
| 6   |                                 |                                 |   |
| 7   |                                 |                                 |   |
| 8   |                                 |                                 |   |
| 9   |                                 |                                 |   |
| 10  |                                 |                                 |   |
| PERSONA SOLICITANTE Nº 2  |                                 |                                 |   |
| Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados: |                                 |                                 |   |
| Documento   | Administración Pública y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
| 1   |                                 |                                 |   |
| 2   |                                 |                                 |   |
| 3   |                                 |                                 |   |
| 4   |                                 |                                 |   |
| 5   |                                 |                                 |   |
| 6   |                                 |                                 |   |
| 7   |                                 |                                 |   |
| 8   |                                 |                                 |   |
| 9   |                                 |                                 |   |
| 10  |                                 |                                 |   |

| 8. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA  |       |
|---|-------|
| Las personas abajo firmantes <b>DECLARAN</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente ofrecimiento y en la documentación adjunta, muestran su disposición para realizar las entrevistas, cuestionarios, pruebas psicométricas y otras que se consideren necesarias, y <b>SE OFRECEN</b> para la adopción nacional. |       |
| En _____ a _____ de _____ de _____  |       |
| LA/S PERSONA/S SOLICITANTES/S/REPRESENTANTE/S   |       |
| Fdo.:   | Fdo.: |

ILMO./A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS IGUALDAD EN \_\_\_\_\_  
Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

002612/4

00297069





### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud, cuya dirección es Edificio de Hytasa n.º14 - Edificio Junta de Andalucía - 41071 SEVILLA y dirección electrónica [smif.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:smif.cisjufi@juntadeandalucia.es)
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es)
- c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento OFRECIMIENTO PARA LA ADOPCIÓN NACIONAL (Código de procedimiento 11069), con la finalidad de gestión, estudio y tramitación de los ofrecimientos realizados por las personas interesadas en la adopción nacional; la licitud de dicho tratamiento se basa en el artículo 6.1.a) del RGPD, consecuencia de lo establecido en la normativa siguiente: Código Civil, Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, Ley 4/2021 de Infancia y Adolescencia de Andalucía y Decreto 282/2002, de 12 de noviembre de Acogimiento Familiar y Adopción.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) La Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud contempla la cesión de datos a la Administración General del Estado, Administración Local, otras Comunidades Autónomas, consulados, Defensor del Pueblo, Defensor del Pueblo Andaluz, Gabinete Jurídico, Administración de Justicia, Ministerio Fiscal y entidades colaboradoras para medidas de integración familiar.

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/detalle/213926>

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO****1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y REPRESENTANTES**

Deberán cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieran de las personas solicitantes nº 1 y 2, así como sus datos de residencia, en los correspondientes subapartados 1.1, 1.2 y 1.3.

Los datos relativos a las personas representantes serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

**2. DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR**

Deberán cumplimentar este apartado con los datos correspondientes a la convivencia familiar de las personas que se ofrecen para adoptar.

**3. OFRECIMIENTO PARA ADOPTAR**

Han de cumplimentarse las circunstancias del niño o de la niña dispuestos a adoptar.

**4. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder efectuar los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**5. DERECHO DE OPOSICIÓN**

Cada una de las personas solicitantes podrán cumplimentar los subapartados 5.1 y 5.2, en caso de que deseen oponerse a la consulta de alguno de los datos que se indican, en cuyo caso deberán aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

En el caso de que en el apartado 2.4 se hayan indicado "otros miembros que conviven en el mismo domicilio", será necesario que las personas firmantes cumplimenten en el apartado 5.3, la declaración relativa a haber informado a las personas que conviven en el domicilio familiar acerca de la posibilidad de oponerse a la consulta de los datos referidos. En el supuesto de que alguna de estas personas se oponga a la consulta de sus datos se deberá aportar cumplimentado el Anexo I bis junto con la documentación oportuna.

**6. CONSENTIMIENTO EXPRESO**

Cada una de las personas solicitantes deberá cumplimentar el correspondiente subapartado, indicando si está o no de acuerdo con que el órgano gestor realice la consulta del dato indicado. En caso de que no esté de acuerdo, deberá aportar la documentación correspondiente.

En el supuesto de que existan otras personas mayores de edad que convivan en el domicilio familiar, deberán cumplimentar el Anexo I Bis para prestar o no el correspondiente consentimiento a la consulta de sus datos relativos a la renta.

**7. DOCUMENTACIÓN**

Se debe marcar la documentación que se aporte efectivamente.

En el caso de que se hayan opuesto a la consulta de algún dato del apartado 5 o de no haberse prestado el consentimiento para la consulta en el apartado 6, se deberá marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones solo procederá cumplimentarlos cuando ejerzan su derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos, deberán aportar toda la información que se solicita.

En relación al Anexo I Bis, tendrán que acompañar a la presente solicitud tantos Anexos I Bis como personas mayores de edad y con responsabilidad penal convivan en el domicilio familiar. Asimismo, en el supuesto de que estas personas se hubiesen opuesto a la consulta de algún dato o no hubiesen prestado su consentimiento, deberán acompañar la documentación acreditativa correspondiente.

**8. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

Deberán declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento y firmar el formulario.

002612/4

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad

**DERECHO DE OPOSICIÓN PARA LA CONSULTA DE DETERMINADOS DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR, MAYORES DE EDAD O EMANCIPADAS Y CON RESPONSABILIDAD PENAL, COMPLEMENTARIO AL ANEXO I DE OFRECIMIENTO PARA LA ADOPCIÓN NACIONAL.**



(Código de Procedimiento: 11069)

**MIEMBRO UNIDAD FAMILIAR / CONVIVIENTE NÚMERO:** .....

Cumplimentar un Anexo por cada miembro o persona mayor de edad

| 1. DATOS DE LA PERSONA CONVIVIENTE Y DE LA REPRESENTANTE  |   |                    |
|---|---|--------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:   | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M  | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M  | DNI/NIE/PASAPORTE: |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |   |                    |
| 2. DERECHO DE OPOSICIÓN   |   |                    |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, cada persona puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre: |   |                    |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.   |                    |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad, y apporto copia del DNI/NIE/PASAPORTE.  |                    |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos sobre antecedentes penales sobre delitos sexuales</b> a través del Servicio de Consulta de Inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales, y apporto certificación negativa del Registro Central de Delinquentes Sexuales.  |                    |
| 3. CONSENTIMIENTO EXPRESO   |   |                    |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE DATOS TRIBUTARIOS (para cada miembro de la unidad familiar mayor de 16 años)   |   |                    |
| <input type="checkbox"/>  | La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para el suministro de datos de renta a la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad o Entidades Colaboradoras a los efectos de comprobación de los datos y/o que resulten exigibles al amparo del DECRETO 282/2002, de 12 de noviembre, de Acogimiento Familiar y Adopción.   |                    |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTE</b> y aporta declaración individual o conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera o hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia. |                    |
| 4. DOCUMENTACIÓN  |   |                    |
| Presento la siguiente documentación:  |   |                    |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE.  |                    |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE/PASAPORTE de la persona representante.  |                    |
| <input type="checkbox"/>  | Certificado de delitos de naturaleza sexual.  |                    |
| <input type="checkbox"/>  | Declaración individual o conjunta del IRPF referida al último ejercicio fiscal declarado, o, en su caso, acreditación de la exención de la obligación de presentar la declaración correspondiente al último periodo impositivo, así como de la totalidad de las rentas y de los rendimientos imputables al IRPF que hubiera o hubieran percibido en el periodo impositivo de referencia.                              |                    |
| 5. LUGAR, FECHA Y FIRMA   |   |                    |
| En ..... a ..... de ..... de .....  |   |                    |
| LA PERSONA CONVIVIENTE / REPRESENTANTE  |   |                    |
| Fdo.: .....   |   |                    |



002612/A01

00297069





### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO

Deberá cumplimentar un Anexo I Bis cada persona que conviva en el domicilio familiar, mayor de edad o emancipada, y con responsabilidad penal, complementario al anexo de ofrecimiento para la adopción nacional.

#### 1. DATOS DE LA PERSONA Y REPRESENTANTE

Deberá cumplimentarse con los datos identificativos del respectivo miembro de la unidad familiar o conviviente. Los datos relativos a la persona representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. DERECHO DE OPOSICIÓN

La persona miembro de la unidad familiar o conviviente podrá cumplimentar el apartado 2 en caso de que desee oponerse a la consulta de alguno de los datos que se indican, en cuyo caso, deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

#### 3. CONSENTIMIENTO EXPRESO

La persona miembro de la unidad familiar o conviviente deberá cumplimentar el correspondiente subapartado, indicando si está o no de acuerdo con que el órgano gestor realice la consulta del dato indicado. En caso de que no esté de acuerdo, deberá aportar la documentación correspondiente.

#### 4. DOCUMENTACIÓN

Se debe marcar la documentación que se aporte efectivamente. En el caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato del apartado 2 o de no haberse prestado el consentimiento para la consulta en el apartado 3, se deberá marcar y aportar la documentación requerida.

#### 5. LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá firmarse el formulario e indicarse el lugar y fecha de firma.

Anexo V: Modelos normalizados del Decreto 80/1990, de 27 de febrero, por el que se regulan los Centros de Información Juvenil y se concretan las condiciones de apertura, funcionamiento y reconocimiento oficial de los mismos por la Comunidad Autónoma Andaluza.

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Instituto Andaluz de la Juventud



## SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO OFICIAL DE CENTROS DE INFORMACIÓN JUVENIL (Código procedimiento: 249)

### MARCAR Y CUMPLIMENTAR SOLO EL TIPO DE SOLICITUD QUE PROCEDA:

- A. SOLICITUD DE ALTA COMO CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL
- B. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS TENIDOS EN CUENTA PARA EL RECONOCIMIENTO DEL CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL (personal responsable, datos del local o espacio diferenciado, equipamiento, etc...)

### 1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

|   |        |                   |         |  |           |                    |         |
|---|--------|-------------------|---------|--|-----------|--------------------|---------|
| RAZÓN SOCIAL DENOMINACIÓN:                      |        |                   |         |  |           |                    | NIF:    |
| DOMICILIO:                                      |        |                   |         |  |           |                    |         |
| TIPO DE VÍA:                                    |        | NOMBRE DE LA VÍA: |         |  |           |                    |         |
| NÚMERO:   | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:  | ESCALERA: | PLANTA:            | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:                           |        | MUNICIPIO:        |         | PROVINCIA:   | PAÍS:     | CÓD. POSTAL:       |         |
| TELÉFONO FIJO:                                  |        | TELÉFONO MÓVIL:   |         | CORREO ELECTRÓNICO:  |           |                    |         |
| PAGINA WEB:                                     |        |                   |         |  |           |                    |         |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE: |        |                   |         | SEXO:  |           | DNI/NIE/PASAPORTE: |         |
|   |        |                   |         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTROS |           |                    |         |
| CARGO QUE OSTENTA:                              |        |                   |         |  |           |                    |         |

### 2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA

Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su 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: \_\_\_\_\_ N° teléfono móvil: \_\_\_\_\_

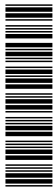
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

### 3. DECLARACIONES

DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que la entidad solicitante:

- Cumple los requisitos previstos en el articulado del Decreto por el que se regulan los Centros de Información Juvenil y se concretan las condiciones de apertura, funcionamiento y reconocimiento oficial de los mismos por la Comunidad Autónoma Andaluza.
- Ha establecido suficiente poder de representación para firmar esta solicitud en su nombre.
- Asume el compromiso de cumplir con las obligaciones estipuladas en el Decreto por el que se regulan los Centros de Información Juvenil.
- Velará por la inexistencia de Antecedentes Penales por Delitos Sexuales del personal que, en cualquier momento, tenga destino en el Centro de Información Juvenil cuyo reconocimiento solicita.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



007016

00297069







| 4. DATOS DEL CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL  |                 |                     |         |            |           |              |         |
|---|-----------------|---------------------|---------|------------|-----------|--------------|---------|
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL:   |                 |                     |         |            |           |              |         |
| <b>DOMICILIO:</b>   |                 |                     |         |            |           |              |         |
| TIPO DE VÍA:  |                 | NOMBRE DE LA VÍA:   |         |            |           |              |         |
| NÚMERO:   | LETRA:          | KM EN LA VÍA:       | BLOQUE: | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |                 | MUNICIPIO:          |         | PROVINCIA: | PAÍS:     | CÓD. POSTAL: |         |
| TELÉFONO FIJO:  | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: |         |            |           |              |         |
| PAGINA WEB:   |                 |                     |         |            |           |              |         |
| HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO (No inferior a 20 horas semanales):  |                 |                     |         |            |           |              |         |
|   |                 |                     |         |            |           |              |         |
| DESCRIPCIÓN DEL LOCAL O ESPACIO DIFERENCIADO QUE SE VA A DESTINAR A CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL, Y DE MEDIOS Y EQUIPAMIENTO DEL QUE DISPONE (equipamiento informático, tecnologías de la información y comunicación, mobiliario, etc...): |                 |                     |         |            |           |              |         |
|   |                 |                     |         |            |           |              |         |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007016

00297069





| 5. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS DEL CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL  |
|--|
| <b>5.1. Declaraciones previas:</b><br><input type="checkbox"/> Declaro que cuento con suficiente poder de representación para firmar esta solicitud en nombre de la entidad.   |
| <b>5.2. Cumplimiento de todos los requisitos para ser Centro de Información Juvenil.</b><br><input type="checkbox"/> Declaro el cumplimiento de todos los requisitos y obligaciones previstos para el reconocimiento oficial de un Centro de Información Juvenil.  |
| <b>5.3. Datos a modificar:</b><br><b>Atención:</b> Se cumplimentarán únicamente aquellos campos en los que haya cambios en los datos del apartado 4 de este formulario de Solicitudes para el reconocimiento oficial de Centro de información Juvenil, además de los datos que permitan identificar la entidad que presenta la Solicitud de modificación de datos. |

| 6. DOCUMENTACIÓN  |
|---|
| Se deberá aportar, en su caso, copia de la siguiente documentación:<br>En el caso de organismos públicos:<br><input type="checkbox"/> Copia de los estatutos de la entidad solicitante, si procede.<br><input type="checkbox"/> Certificación del acuerdo del órgano competente que crea el Centro de Información Juvenil.<br><input type="checkbox"/> Anexo-bis en caso de derecho de oposición a la consulta de datos de las personas técnicas encargadas de la gestión del programa.<br>En el caso de entidades de carácter privado:<br><input type="checkbox"/> Certificación acreditativa de la representación que ostenta la persona representante legal de la entidad.<br><input type="checkbox"/> En su caso, copia de los estatutos de la entidad solicitante.<br><input type="checkbox"/> Certificación que acredite su inscripción.<br><input type="checkbox"/> Anexo-bis en caso de derecho de oposición a la consulta de datos de las personas técnicas encargadas de la gestión del programa. |

| 7. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA  |
|--|
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y <b>SOLICITA</b> la tramitación del tipo de solicitud especificada en relación con el reconocimiento oficial de un "Centro de Información Juvenil".<br><br>En _____, a la fecha de la firma electrónica.<br><p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</p><br>Fdo.: _____ |

**ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DEL INSTITUTO ANDALUZ DE LA JUVENTUD**

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007016

00297069



**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General del Instituto Andaluz de la Juventud, cuya dirección es Avda. de Hytasa nº.14. Planta Baja (41006) de Sevilla. Correo electrónico: [direcciongeneral.iaj@juntadeandalucia.es](mailto:direcciongeneral.iaj@juntadeandalucia.es)
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica: [dpd.iaj@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.iaj@juntadeandalucia.es)
- c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento denominada "Reconocimiento de Centros de Información Juvenil", con la finalidad de gestionar y tramitar su solicitud para el reconocimiento de un Centro de Información Juvenil"; la licitud de dicho tratamiento se basa en el art. 6.1.c) RGPD "Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento", consecuencia de lo establecido en la Disposición Adicional Primera de la Ley 9/1996, de 26 de diciembre, por la que se aprueban Medidas Fiscales en materia de Hacienda Pública, Contratación Administrativa, Patrimonio, Función Pública y Asistencia Jurídica a Entidades de Derecho Público (Ley donde se crea el Instituto Andaluz de la Juventud) en relación con el art. 74.a) y c) del Estatuto de Autonomía para Andalucía relativo a la competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma en materia de Juventud, que incluye, entre otras, la promoción del desarrollo personal y social de los jóvenes; las actividades de fomento o normativas dirigidas a conseguir el acceso de éstos al trabajo, la vivienda y la formación profesional; y, asimismo, la promoción del asociacionismo juvenil, de la participación de los jóvenes, de la movilidad internacional y del turismo juvenil.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/proteccionde datos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.
- La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:  
<https://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/166364.html>

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.****MARCAR Y CUMPLIMENTAR SOLO EL TIPO DE SOLICITUD QUE PROCEDA:**

Marque tan solo la opción que corresponde.

**1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

La persona o representante que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren. Los datos relativos a la persona representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

**2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA**

En el caso de Personas obligadas a relacionarse electrónicamente con la Administración Pública conforme al artículo 14 de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas:

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, el número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado estos datos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**3. DECLARACIONES**

Será necesario marcar las correspondientes opciones de declaraciones.

**4. DATOS DEL CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL**

Será de cumplimentación obligatoria los datos identificativos que aquí se requieren.

Detallar en este apartado los datos correspondientes al local y al equipamiento disponible, que será destinado a las funciones de información juvenil. Se deberá detallar el horario de atención al público.

**5. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS DEL CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL**

Marque tan solo esta opción si corresponde con la situación concreta.

Se cumplimentarán únicamente aquellos campos en los que haya cambios en los datos del apartados 4 de este formulario de reconocimiento oficial de Centro de Información Juvenil, además de los datos que permitan identificar a la Entidad solicitante que presenta la Solicitud de modificación de datos.

**6. DOCUMENTACIÓN**

Marque la/s opción/es que corresponda con la situación concreta de esta solicitud, con la que indica la documentación que aporta.

**7. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

**DIR3. CÓDIGO DIRECTORIO COMÚN DE UNIDADES ORGÁNICAS**

Con carácter general, este código aparecerá cumplimentado, en caso contrario podrá consultar en las oficinas de asistencia en materia de registros.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007016

00297069



Consejería Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Instituto Andaluz de la Juventud



**DERECHO DE OPOSICIÓN A LA CONSULTA DE DATOS DE LAS PERSONAS TÉCNICAS  
ENCARGADAS DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA  
(Código procedimiento: 249)**

| 1. DERECHO DE OPOSICIÓN DE LAS PERSONAS TÉCNICAS   |                          |              |                          |   |  |
|--|--------------------------|--------------|--------------------------|---|--|
| El órgano gestor va a <b>consultar</b> los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, puede manifestar su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):   |                          |              |                          |   |  |
| <b>TÉCNICO Nº.</b> .....   |                          |              |                          |   |  |
| NOMBRE:  |                          | APELLIDO 1º: |                          | APELLIDO 2º:  |  |
|  |                          |              |                          | SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |  |
| ALTA   | <input type="checkbox"/> | BAJA         | <input type="checkbox"/> |   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> , a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.  |                          |              |                          |   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de datos del Registro Central de Delincuentes Sexuales y Trata de Seres Humanos, a través del sistema de supresión de certificados en soporte papel, y se aporta certificación negativa del mismo. |                          |              |                          |   |  |
| En: ..... a ..... de ..... de .....  |                          |              |                          |   |  |
| Fdo.: .....  |                          |              |                          |   |  |

**ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DEL INSTITUTO ANDALUZ DE LA JUVENTUD**

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: **A 0 1 0 1 4 2 0 0**

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS   |
|--|
| En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:  |
| a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General del Instituto Andaluz de la Juventud, cuya dirección es Avda. de Hytasa nº.14. Planta Baja (41006) de Sevilla. Correo electrónico: <a href="mailto:direcciongeneral.iaj@juntadeandalucia.es">direcciongeneral.iaj@juntadeandalucia.es</a>  |
| b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica: <a href="mailto:dpd.iaj@juntadeandalucia.es">dpd.iaj@juntadeandalucia.es</a>  |
| c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento denominada "Reconocimiento de Centros de Información Juvenil", con la finalidad de gestionar y tramitar su solicitud para el reconocimiento de un Centro de Información Juvenil"; la licitud de dicho tratamiento se basa en el art. 6.1.c) RGPD "Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento", consecuencia de lo establecido en la Disposición Adicional Primera de la Ley 9/1996, de 26 de diciembre, por la que se aprueban Medidas Fiscales en materia de Hacienda Pública, Contratación Administrativa, Patrimonio, Función Pública y Asistencia Jurídica a Entidades de Derecho Público (Ley donde se crea el Instituto Andaluz de la Juventud) en relación con el art. 74.a) y c) del Estatuto de Autonomía para Andalucía relativo a la competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma en materia de Juventud, que incluye, entre otras, la promoción del desarrollo personal y social de los jóvenes; las actividades de fomento o normativas dirigidas a conseguir el acceso de éstos al trabajo, la vivienda y la formación profesional; y, asimismo, la promoción del asociacionismo juvenil, de la participación de los jóvenes, de la movilidad internacional y del turismo juvenil. |
| d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <a href="http://juntadeandalucia.es/proteccionde datos">http://juntadeandalucia.es/proteccionde datos</a> , donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.   |
| e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.  |
| La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/166364.html">https://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/166364.html</a>  |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



007016/A02

00297069





### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO

#### 1. DERECHO DE OPOSICIÓN.

Marcar la casilla **únicamente** si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la **documentación** acreditativa correspondiente que se indica.

Se deberán presentar tantos anexos como personas técnicas deseen ejercer su derecho de oposición a la consulta de sus datos.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007016/A02

00297069



Anexo VI: Modelos normalizados de la Orden de 27 de julio de 2023, de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad



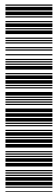
## SOLICITUD

### ACREDITACIÓN DE ENTIDADES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (Código de procedimiento 1615)

Orden de 27 de julio de 2023, de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN  RENOVACIÓN DE ACREDITACIÓN  RENUNCIA A LA ACREDITACIÓN

| 1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE   |        |                   |         |            |           |   |              |
|--|--------|-------------------|---------|------------|-----------|---|--------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:  |        |                   |         |            |           | SEXO:   | DNI/NIE/NIF: |
|  |        |                   |         |            |           | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |              |
| DOMICILIO:   |        |                   |         |            |           |   |              |
| TIPO DE VÍA:   |        | NOMBRE DE LA VÍA: |         |            |           |   |              |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA:   | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |        | MUNICIPIO:        |         | PROVINCIA: | PAÍS:     | CÓD. POSTAL:  |              |
|  |        |                   |         |            |           |   |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:  |        |                   |         |            |           | SEXO:   | DNI/NIE/NIF: |
|  |        |                   |         |            |           | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |              |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:   |        |                   |         |            |           |   |              |
|  |        |                   |         |            |           |   |              |
| NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE ENTIDADES, SERVICIOS Y CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE LA CONSEJERÍA COMPETENTE EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES: |        |                   |         |            |           |   |              |
|  |        |                   |         |            |           |   |              |



001325/4

00297069





| 2. NOTIFICACIÓN  |        |                       |         |                     |           |         |              |
|--|--------|-----------------------|---------|---------------------|-----------|---------|--------------|
| <b>2.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN</b><br>(A cumplimentar por las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| Marque solo una opción.  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| TIPO DE VÍA:   |        | NOMBRE DE LA VÍA:     |         |                     |           |         |              |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:         | BLOQUE: | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| MUNICIPIO:   |        | ENTIDAD 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 de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).<br><br>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>Correo electrónico: _____ N° 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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a>   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <b>2.2 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA</b><br>(A cumplimentar por las personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo (1).  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>Correo electrónico: _____ N° 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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a>   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| 3. DECLARACIONES   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <b>DECLARO</b> , bajo mi expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> Cumple los requisitos exigidos por la normativa aplicable para adquirir la condición de entidad prestadora del servicio de ayuda a domicilio.   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> Dispone de los medios y elementos materiales suficientes y adecuados para el buen funcionamiento del servicio durante su prestación.  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> Los medios dedicados al registro y recopilación de toda información de cualquier tipo de información de carácter personal relacionada con la prestación del servicio, cumple con la normativa vigente en materia de protección de datos.  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> Dispone de los procedimientos y protocolos internos que garantizan los derechos y deberes de las personas usuarias establecidas en la normativa vigente, así como de actuación en caso de urgencias o incidencia, y de formulación de quejas, reclamaciones o sugerencias.  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> Dispone de un Plan de Gestión de Calidad que incluye el mapa de procesos, procedimientos, protocolos de actuación y planificación de actividades que atiende de manera específica a la calidad en la prestación del servicio y del empleo, así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación.   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> Se halla al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias impuestas por las disposiciones vigentes, con la Administración General del Estado, con la Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía y con la Seguridad Social.   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> Se compromete a mantener los requisitos requeridos durante el periodo correspondiente de prestación del servicio.   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| 4. DERECHO DE OPOSICIÓN  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):  |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.   |        |                       |         |                     |           |         |              |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.   |        |                       |         |                     |           |         |              |

001325/4

00297069





### 5. DOCUMENTACIÓN

Presento la siguiente documentación:

- Copia del NIF de la entidad solicitante.
- Copia de escritura de poder notarial u otro medio legal de acreditación de la representación, en su caso.
- Copia de documento de constitución y/o modificación, acta fundacional o estatutos inscritos en el Registro Mercantil o registro oficial correspondiente donde se recoja que el objeto de su actividad es, de forma exclusiva o compartida, la ayuda a domicilio.
- Copia de estar dada de alta en el Censo de Empresarios, Profesionales y Retenedores de la Administración Tributaria e inscrita en el correspondiente Régimen del Sistema de la Seguridad Social, siendo el objeto de su actividad, de forma exclusiva o compartida, la ayuda a domicilio.

Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 4:

- Copia del DNI/NIE

### DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Ejercicio el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

| Documento | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------|---|
| 1         |                             |                                 |   |
| 2         |                             |                                 |   |
| 3         |                             |                                 |   |
| 4         |                             |                                 |   |
| 5         |                             |                                 |   |

### DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

Ejercicio el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

| Documento | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------|---|
| 1         |                             |                                 |   |
| 2         |                             |                                 |   |
| 3         |                             |                                 |   |
| 4         |                             |                                 |   |
| 5         |                             |                                 |   |

### 6. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario y en la documentación adjunta y SOLICITA la acreditación como entidad prestadora de la ayuda a domicilio.

En ..... a ..... de ..... de .....

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: .....

SR./A. DIRECTOR/A GERENTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 1 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|





### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuya dirección es Calle Seda, Nave 5, Polígono Industrial Hytasa, 41006 Sevilla, <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciossocialesydependencia>
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.assda@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.assda@juntadeandalucia.es)
- c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento ASSDA. Reconocimiento y gestión de la situación de dependencia, con la finalidad de tramitar el procedimiento de acreditación de entidad prestadora del servicio de ayuda a domicilio previsto en el artículo 18 de la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la licitud de dicho tratamiento se basa en el 6.1.e) del RGPD.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) Los datos facilitados en el presente formulario podrán ser cedidos o comunicados exclusivamente para actuaciones relacionadas con la finalidad antes indicada, a los siguientes destinatarios: servicios sociales comunitarios de la Entidades Locales, Inspección de Servicios Sociales, IMSERSO, y entidades y organismos de otras Comunidades Autónomas con competencias en materia de dependencia. En caso de requerimiento: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado/Autoridades Judiciales.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/235726.html>



### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO:

#### 1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona o entidad que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren. Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quién suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. NOTIFICACIÓN

Para las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.1.) será necesario elegir una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.

- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación. Asimismo, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder recibir los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.
- En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.
- Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

Para el caso de personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.2.), los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

#### 3. DECLARACIONES

Deberá marcar aquellas declaraciones que correspondan con su situación concreta.

#### 4. DERECHO DE OPOSICIÓN

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

#### 5. DOCUMENTACIÓN

Marque tan solo la documentación que aporte efectivamente.

En el caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza su derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá aportar toda la información que se le solicita.

#### 6. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, incluir lugar y fecha y firmar el formulario.

#### DIR3. CÓDIGO DIRECTORIO COMÚN DE UNIDADES ORGÁNICAS

Con carácter general, este código aparecerá cumplimentado, en caso contrario podrá consultar en las oficinas de asistencia en materia de registros.

001325/4

00297069

Anexo VII: Modelos normalizados del Capítulo II del Título XI del presente Decreto ley por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

00297069



Consejería de Salud y Consumo  
 Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
 Familias e Igualdad  
 Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de  
 Andalucía



## SOLICITUD

### RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (Código de procedimiento: 2454)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Nº EXPEDIENTE:

(A cumplimentar por la Administración Autonómica)

#### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

|  |               |                 |  |                     |  |              |         |
|--|---------------|-----------------|--|---------------------|--|--------------|---------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:  |               |                 |  |                     |  | DNI/NIE/NIF: |         |
| FECHA DE NACIMIENTO:   | NACIONALIDAD: |                 | SEXO:<br><input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER              |                     |  |              |         |
| N.º SEGURIDAD SOCIAL:  | N.º NUHSA:    |                 | CONDICIÓN:<br><input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO |                     | MUTUA:<br><input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISFAS |              |         |
| 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"/> PAREJA DE HECHO |               |                 |  |                     |  |              |         |
| DOMICILIO HABITUAL: <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> OTROS (indique a continuación): .....                                 |               |                 |  |                     |  |              |         |
| DOMICILIO:<br>TIPO DE VÍA:      NOMBRE DE LA VÍA:  |               |                 |  |                     |  |              |         |
| NÚMERO:  | LETRA:        | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:  | PORTAL:             | ESCALERA:  | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |               | MUNICIPIO:      |  | PROVINCIA:          | PAÍS:  | CÓD. POSTAL: |         |
| TELÉFONO FIJO:   |               | TELÉFONO MÓVIL: |  | CORREO ELECTRÓNICO: |  |              |         |

#### 2. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

##### 2.1. Persona física:

|                      |                                      |  |          |
|----------------------|--------------------------------------|--|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:  |                                      | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
| FECHA DE NACIMIENTO: | RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE: |  |          |

##### 2.2. Persona jurídica:

|   |  |          |
|---|--|----------|
| NOMBRE DE LA ENTIDAD:                                   |  | NIF:     |
| NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE/TITULAR: |  | DNI/NIE: |

##### 2.3. TIPO DE REPRESENTACIÓN:

LEGAL  VOLUNTARIA (general)  VOLUNTARIA (exclusivamente para presentar la solicitud)



001263/4

00297069





| 3. DATOS DE RESIDENCIA   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
|--|--------|-------------------|-----------------------|-------------------------|------------|--------------------------|--------------|
| ES USTED EMIGRANTE RETORNADO/A: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  |        |                   |                       | FECHA DE RETORNO: ..... |            |                          |              |
| EN LA ACTUALIDAD, RESIDE LEGALMENTE EN ANDALUCÍA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| 4. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| TIENE RECONOCIDA UNA DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE: GRADO RECONOCIDO: .....   |        |                   |                       | PROVINCIA: .....        |            | AÑO: .....               |              |
| TIPO DE DISCAPACIDAD (con carácter voluntario): .....  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| TIENE DIAGNOSTICADA UNA ENFERMEDAD RARA, CATALOGADA COMNO TAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| TIENE RECONOCIDA LA NECESIDAD DE ASISTENCIA DE TERCERA PERSONA PARA LOS ACTOS ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA:<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| TIENE RECONOCIDA UNA INCAPACIDAD EN GRADO DE GRAN INVALIDEZ: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |        |                   |                       | AÑO: .....              |            |                          |              |
| 5. DATOS SOBRE SERVICIOS, PRESTACIONES Y/O CUIDADOS QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| VIVE SOLO/A: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| ESTA SIENDO ATENDIDO EN LA ACTUALIDAD POR LOS SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO DE SERVICIO O PRESTACIÓN QUE RECIBE: .....   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| ENTIDAD PRESTADORA: .....  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| ESTÁ RECIBIENDO CUIDADOS POR ALGUNA PERSONA DE SU ENTORNO FAMILIAR O RELACIONAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| 6. NOTIFICACIÓN  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| 6.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| (A cumplimentar por las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| Marque solo una opción.  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:<br>(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).              |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| TIPO DE VÍA:   |        | NOMBRE DE LA VÍA: |                       |                         |            |                          |              |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:               | PORTAL:                 | ESCALERA:  | PLANTA:                  | PUERTA:      |
| MUNICIPIO:   |        |                   | ENTIDAD 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 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 las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| 6.2 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA   |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| (A cumplimentar por las personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo (1).  |        |                   |                       |                         |            |                          |              |
| Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.<br>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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> |        |                   |                       |                         |            |                          |              |

001263/4

00297069



| 7. DECLARACIONES  |   |
|---|---|
| La persona solicitante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad que:  |   |
| <input type="checkbox"/>  | Asume la obligación de comunicar al servicio territorial de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía correspondiente a su domicilio, cualquier cambio en las circunstancias declaradas en la presente solicitud que pudiera producirse en lo sucesivo. Particularmente, de la obligación de comunicar inmediatamente el ingreso en un centro hospitalario o asistencial que no suponga coste, en caso de producirse. |
| <input type="checkbox"/>  | Se compromete a facilitar el seguimiento y control de las prestaciones por la Administración competente, incluso el acceso al domicilio, cuando fuera necesario.  |
| 7.1. RENTAS DEL TRABAJO, PENSIONES, PRESTACIONES SOCIALES Y EQUIVALENTES  |   |
| A cumplimentar por las personas no obligadas a presentar la declaración del IRPF.   |   |
| CUANTÍA ANUAL   |   |
| RENTAS DEL TRABAJO:   | €   |
| PENSIONES, PRESTACIONES SOCIALES O SUBSIDIOS PÚBLICOS:  | €   |
| PENSIONES DE OTROS PAISES (indique cual) _____ :  | €   |
| PENSIONES COMPENSATORIAS RECIBIDAS DEL CÓNYUGE Y LAS ANUALIDADES POR ALIMENTOS:   | €   |
| 7.2. OTRAS RENTAS:  |   |
| A cumplimentar por las personas no obligadas a presentar la declaración del IRPF.   |   |
| RENTAS DEL CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO,<br>RENTAS DERIVADAS DE ACTIVIDADES DE ACTIVIDADES<br>ECONÓMICAS Y GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES:                 | €   |
| 8. DERECHO DE OPOSICIÓN   |   |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE/NIF.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de residencia</b> de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y aporto documentación acreditativa de los datos de residencia.   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de certificación de titularidad prestaciones sociales públicas</b> , a través del Servicio de Consulta de Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y aporto documentación acreditativa.  |
| 9. CONSENTIMIENTO EXPRESO   |   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS   |   |
| Marque una de las opciones  |   |
| <input type="checkbox"/>  | La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTE</b> y aporta la documentación acreditativa.   |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE EL PATRIMONIO  |   |
| Marque una de las opciones:   |   |
| <input type="checkbox"/>  | La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos del Impuesto sobre el Patrimonio a través de la Agencia Tributaria de Andalucía.  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>NO CONSIENTE</b> y aporta la documentación acreditativa.   |



### 10. DOCUMENTACIÓN

Presento la siguiente documentación:

En todo caso:

- Informe sobre condiciones de salud de la persona solicitante, suscrito por un profesional médico del sistema público de salud o del sistema de protección sanitaria que corresponda, según modelo normalizado. Deberá estar suscrito dentro de los tres meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

En caso de actuar por medio de representante (marque la que corresponda)

Si ha marcado en el apartado 2.3. la representación legal:

- Libro de familia o documento acreditativo de la guarda y custodia.
- Resolución o sentencia judicial de constitución de tutela ordinaria y designación de tutor/a.
- Resolución por la que se asume la tutela administrativa.
- Resolución judicial de nombramiento de curador/a o defensor/a judicial.
- Poder notarial.
- Declaración de guardador/a de hecho.

Si ha marcado en el apartado 2.3. voluntaria general o únicamente para presentar solicitud:

- Autorización para la representación voluntaria.

En el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 8:

- Copia del DNI/NIE/NIF de la persona solicitante.
- Copia del DNI/NIE de la persona representante.
- Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que la persona solicitante reside en un municipio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y que ha residido al menos 5 años en España, 2 de ellos inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

En el caso de tener la obligación de presentar la declaración del impuesto y no haber consentido expresamente su consulta en el apartado 9:

- Copia de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas referida al último periodo impositivo con plazo de presentación vencido, o certificado negativo de su presentación expedidos por la Administración tributaria, detallando, en su caso las imputaciones de renta que consten en su poder.
- Copia de la declaración del Impuesto sobre el Patrimonio referida al último periodo impositivo con plazo de presentación vencido, o certificado negativo de su presentación expedidos por la Administración tributaria.





### 10. DOCUMENTACIÓN (continuación)

#### DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Ejercicio el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

| Documento | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------|---|
| 1         |                             |                                 |   |
| 2         |                             |                                 |   |
| 3         |                             |                                 |   |
| 4         |                             |                                 |   |
| 5         |                             |                                 |   |
| 6         |                             |                                 |   |
| 7         |                             |                                 |   |
| 8         |                             |                                 |   |
| 9         |                             |                                 |   |
| 10        |                             |                                 |   |

#### DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

Ejercicio el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

| Documento | Consejería/Agencia y Órgano | Fecha de emisión o presentación | Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------|---|
| 1         |                             |                                 |   |
| 2         |                             |                                 |   |
| 3         |                             |                                 |   |
| 4         |                             |                                 |   |
| 5         |                             |                                 |   |
| 6         |                             |                                 |   |
| 7         |                             |                                 |   |
| 8         |                             |                                 |   |
| 9         |                             |                                 |   |
| 10        |                             |                                 |   |

### 11. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario y, en su caso, en la documentación adjunta.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD,

FAMILIAS E IGUALDAD EN \_\_\_\_\_

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

COMO REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA EN DICHO TERRITORIO





### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD), en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales, y demás normativa de aplicación en materia de protección de datos, le informamos que:

1. El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuya dirección es Polígono Industrial Hytasa. Calle Seda, nº 5. 41006- Sevilla.  
<https://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia>.

2. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.assda@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.assda@juntadeandalucia.es).

3. Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento "Reconocimiento y gestión de la situación de dependencia", con la finalidad de gestionar administrativamente la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Asimismo, los datos podrán ser utilizados para fines estadísticos. La licitud de dicho tratamiento se basa en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento, consecuencia de lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la personas en situación de dependencia; Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía y en el Estatuto de Autonomía para Andalucía. El tratamiento de las categorías especiales de datos que figuran en la solicitud es necesario para fines de prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

4. Se mantendrán los datos durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad para la que fueron solicitados, y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de la finalidad declarada y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación de la Junta de Andalucía.

5. Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.

6. Los datos facilitados podrán ser cedidos o comunicados exclusivamente para actuaciones relacionadas con las finalidades antes indicadas a los siguientes destinatarios: Se contempla la necesaria comunicación de datos al Servicio Andaluz de Salud, Inspección de Servicios Sociales, IMSERSO y entidades y organismos de otras comunidades Autónomas con competencias en materia de dependencia. En caso de requerimiento formal: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Autoridades Judiciales.

No están previstas transferencias internacionales de datos.

La información adicional detallada sobre esta actividad de tratamiento de datos se encuentra en el enlace siguiente: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/235726.html>

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO:****1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

**2. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quién suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación, por ejemplo, en caso de representante legal: padre, madre, tutor/a..

**3. DATOS DE RESIDENCIA**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan

**4. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan

**5. DATOS SOBRE SERVICIOS, PRESTACIONES, Y/O SERVICIOS QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan

**6. NOTIFICACIÓN**

Para las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.1.) será necesario elegir una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.

- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación. Asimismo, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder recibir los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

Para el caso de personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.2.), los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**7. DECLARACIÓN**

Deberá marcar aquellas declaraciones que correspondan con su situación concreta.

En los apartados 7.1 y 7.2 se deberán indicar los importes correspondientes al año natural inmediatamente anterior a la fecha de presentación de la solicitud, excepto si se perciben exclusivamente pensiones, prestaciones sociales o subsidios públicos, en cuyo caso se indicará el importe correspondiente al año de presentación de la solicitud.

**8. DERECHO DE OPOSICIÓN**

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

**9. CONSENTIMIENTO EXPRESO**

Cumplimentar si está de acuerdo con que el órgano gestor realice directamente la consulta del dato indicado, en caso contrario deberá aportar la documentación correspondiente

**10. DOCUMENTACIÓN**

Marque tan solo la documentación que aporte efectivamente.

La documentación acreditativa de la representación se cumplimentará siempre que la solicitud se firme por persona distinta de la solicitante, según las indicaciones siguientes:

- Libro de familia o documento acreditativo de la guarda y custodia. Será necesario aportarlo en el caso de menores de dieciocho años representados por su padre o madre.
- Resolución o sentencia judicial de constitución de tutela ordinaria y designación de tutor/a. Documentación a aportar en el caso de menores de edad sometidos a tutela ordinaria.

001263/4

00297069



- Resolución por la que se asume la tutela administrativa. A presentar en caso de menores en situación de desamparo tutelados por la Administración de la Junta de Andalucía.
- Resolución judicial de nombramiento de curador/a o defensor/a judicial . Será necesario aportarla en el caso de personas con discapacidad, mayores de edad o menores emancipadas, que precisen de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Poder notarial. Documentación a presentar cuando se actúa como representante de la persona solicitante, con documento público que lo acredite.
- Declaración de guardador/a de hecho. Será necesario aportarla en el caso de personas con discapacidad, mayores de edad o menores emancipadas, que precisen apoyo en el ejercicio de su capacidad, en defecto de otras personas representantes.
- Autorización para la representación voluntaria. Documentación a presentar si se actúa como representante de la persona solicitante, con documento privado que lo acredite. Ha de estar firmado por la persona representada y por quien asume la representación. Podrá tener un carácter general, que abarque todo el procedimiento, o limitado a la presentación de la solicitud.

En el caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato, o no preste el consentimiento, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza su derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá aportar toda la información que se le solicita.

#### **11. DECLARACIÓN, SOLICITUD, FECHA, LUGAR Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario



Consejería de Salud y Consumo  
Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de  
Andalucía



### INFORME SOBRE CONDICIONES DE SALUD

#### RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (Código de procedimiento: 2454)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E. Nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

#### Datos de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia.

Apellidos y nombre

DNI/NIE:

NUSS:

#### Motivo de solicitud del Informe de Condiciones de Salud.

- Valorar la situación de dependencia.
- Revisar el grado de dependencia de oficio (Cumplimentar en todo caso el informe y firmar).
- Revisar el grado de dependencia a instancia de parte (Cumplimentar en todo caso el informe y firmar).

¿Existe agravamiento en las condiciones de salud que puedan afectar a la situación de dependencia respecto al último informe emitido?

- Sí (Cumplimentar el informe y firmar)
- NO (Firmar directamente este documento)

En caso de que sea una solicitud de revisión de agravamiento, describa brevemente en qué consiste el empeoramiento del estado de salud del solicitante respecto a la valoración anterior de dependencia que justifique dicha revisión.

#### 1. Indique los diagnósticos de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de CARACTER PERMANENTE, que presenta la persona y puedan contribuir a la dependencia.

| DIAGNOSTICO MEDICO | TIEMPO DE EVOLUCIÓN | CÓDIGO CIE 10 <sup>1</sup> |
|--------------------|---------------------|----------------------------|
|                    |                     |                            |
|                    |                     |                            |
|                    |                     |                            |
|                    |                     |                            |

(1) La codificación CIE-10 permite al personal valorador establecer la clasificación rigurosa de la enfermedad o problema de salud que presenta la persona que va a ser valorada



001263/A04

00297069





## 2. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritos

|                                    | SI/NO   | ESPECIFIQUE <sup>2</sup> |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| Medidas de soporte vital/funcional | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                          |
| Ayudas técnicas                    | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                          |
| Órtesis                            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                          |
| Prótesis externas                  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                          |
| Cuidados de enfermería             | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                          |
| Rehabilitación                     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                          |
| Otros                              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                          |

## 3. La persona se encuentra en situación basal SÍ NO

En caso de marcar SÍ, indique lo siguiente:

- Se encuentra actualmente hospitalizada. Hospital: .....
- Se encuentra actualmente institucionalizada. Centro: .....

## 4. Indique el pronóstico de la situación actual de salud en los próximos 6 meses con las medidas terapéuticas adecuadas<sup>3</sup>

- Probable mejoría  Se mantendrá más o menos igual  Probablemente empeoramiento

## 5. La persona solicitante presenta condiciones de salud en las que se produce afectación del funcionamiento mental

- SÍ  NO

En caso de marcar SÍ, indique lo siguiente:

- La persona solicitante **SÍ** es atendida en los servicios especializados de atención a la Salud Mental.
- La persona solicitante **NO** es atendida en los servicios especializados de atención a la Salud Mental.

En caso de estar atendida en los servicios especializados de atención a la Salud Mental, indique lo siguiente:

|                            |  |
|----------------------------|--|
| UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: | <b>Profesional de referencia en Salud Mental</b> |
| USMC:                      | D./DÑA.:   |
|                            | TELÉFONO:  |

(2) La importancia de recoger información sobre las ayudas técnicas, órtesis y prótesis externas que utiliza la persona reside en que en la valoración de la situación de dependencia se evalúa la "Capacidad individual" con el uso de Productos de Apoyo prescritos y/o indicados.

(3) El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, establece los criterios técnicos para la no admisión a trámite de las solicitudes de valoración de dependencia con el BVD. En la revisión técnica de la concurrencia de los requisitos exigidos en las solicitudes de valoración de la dependencia debe tenerse en cuenta el carácter permanente en el que se encuentra la persona ligada a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Los informes de salud deben indicar que el proceso médico de curación o recuperación es estático y lo suficiente estabilizado, y determinar si la persona ha alcanzado médicamente su máxima mejoría posible.



6. La persona solicitante es menor de tres años  SÍ  NO

En caso de marcar SÍ, indique lo siguiente:

6.1. En caso de niños entre 0 y 6 meses indique el peso al nacimiento en gramos: .....

6.2. Medidas de soporte para funciones vitales (niños entre 0 y 36 meses)

**1. Alimentación**

- 1.1. Sonda nasogástrica exclusiva
- 1.2. Parenteral exclusiva
- 1.3. Alimentación por estoma
- 1.4. Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral
- 1.5. Parenteral complementaria de la vía oral
- 1.6. Estoma eferente

**2. Respiración**

- 2.1. Respirador mecánico
- 2.2. Aspiración continuada
- 2.3. Oxigenoterapia permanente (más de 16 horas)
- 2.4. Monitor permanente de apneas

**3. Función renal y/o urinaria**

- 3.1. Diálisis
- 3.2. Sondaje vesical permanente
- 3.3. Estoma urinario

**4. Función antiálgica**

- 4.1. Bomba de perfusión analgésica continua
- 4.2. Catéter epidural permanente

**5. Función inmunológica**

- 5.1. Aislamiento
- 5.2. Semiaislamiento / Mascarilla permanente

6.3. Medidas para la movilidad (niños entre 6 y 36 meses)

- 1. Fijación vertebral externa
- 2. Fijación pelvipédica
- 3. Fijación de cintura pélvica
- 4. Tracción esquelética continua
- 5. Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior
- 6. Casco protector
- 7. Vendaje corporal
- 8. Protección lumínica permanente
- 9. Procesador de implante coclear
- 10. Bomba de insulina

**Comentarios y Observaciones**

**Informe emitido por:**

D. /Dña.: .....

CNP del profesional médico firmante: .....

Centro A. Primaria/ Especializada: .....

Población: .....

Provincia: .....

Entidad aseguradora (solo para ciudadanos que no pertenezcan al SSPA): .....

En ..... a ..... de .....

Fdo.: .....

001263/A04

00297069



**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD), en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales, y demás normativa de aplicación en materia de protección de datos, le informamos que:

1. El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuya dirección es Polígono Industrial Hytasa. Calle Seda, nº 5. 41006- Sevilla.  
<https://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia>.
2. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.assda@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.assda@juntadeandalucia.es).
3. Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento "Reconocimiento y gestión de la situación de dependencia", con la finalidad de gestionar administrativamente la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Asimismo, los datos podrán ser utilizados para fines estadísticos. La licitud de dicho tratamiento se basa en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento, consecuencia de lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la personas en situación de dependencia; Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía y en el Estatuto de Autonomía para Andalucía. El tratamiento de las categorías especiales de datos que figuran en la solicitud es necesario para fines de prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.
4. Se mantendrán los datos durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad para la que fueron solicitados, y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de la finalidad declarada y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación de la Junta de Andalucía.
5. Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
6. Los datos facilitados podrán ser cedidos o comunicados exclusivamente para actuaciones relacionadas con las finalidades antes indicadas a los siguientes destinatarios: Se contempla la necesaria comunicación de datos al Servicio Andaluz de Salud, Inspección de Servicios Sociales, IMSERSO y entidades y organismos de otras comunidades Autónomas con competencias en materia de dependencia. En caso de requerimiento formal: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Autoridades Judiciales. No están previstas transferencias internacionales de datos.  
La información adicional detallada sobre esta actividad de tratamiento de datos se encuentra en el enlace siguiente:  
<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/235726.htm>



Anexo VIII: Modelos normalizados del Capítulo III del Título XI del presente Decreto ley por el que se regula el procedimiento de Autorización administrativa, Declaración responsable, Comunicación, Acreditación y Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Andalucía.

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Viceconsejería

**AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA**  
(Código de procedimiento 25022)



PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

| AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA   |  |
|---|--|
| Elegir una de las 2 opciones y a continuación cumplimentar los despletables sector, tipología y subtipología, en su caso, que les correspondan. |  |
| <input type="checkbox"/> PUESTA EN FUNCIONAMIENTO   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN SUSTANCIAL  | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |

| 1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD TITULAR Y DE LA REPRESENTANTE |                   |                     |            |         |  |              |                        |
|--|-------------------|---------------------|------------|---------|--|--------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL:                  |                   |                     |            |         | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF: | NÚM. REGISTRO ENTIDAD: |
| DOMICILIO:   |                   |                     |            |         |  |              |                        |
| TIPO DE VÍA:   | NOMBRE DE LA VÍA: |                     |            |         |  |              |                        |
| NÚMERO:  | LETRA:            | KM EN LA VÍA:       | BLOQUE:    | PORTAL: | ESCALERA:  | PLANTA:      | PUERTA:                |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |                   |                     | MUNICIPIO: |         | PROVINCIA:   | PAÍS:        | CÓD. POSTAL:           |
| TELÉFONO FIJO:   | TELÉFONO MÓVIL:   | CORREO ELECTRÓNICO: |            |         |  |              |                        |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:                |                   |                     |            |         | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE:     |                        |
| ACTÚA EN CALIDAD DE (CARGO):                                   |                   |                     |            |         |  |              |                        |

| 2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA   |                          |
|---|--------------------------|
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su 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:<br><a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> . |                          |



007136

00297069





PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007136

### 3. AUTORIZACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO

|   |                   |                 |                                  |            |           |              |         |
|---|-------------------|-----------------|----------------------------------|------------|-----------|--------------|---------|
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO:  |                   |                 |                                  |            |           |              |         |
| DOMICILIO:  |                   |                 |                                  |            |           |              |         |
| TIPO DE VÍA:  | NOMBRE DE LA VÍA: |                 |                                  |            |           |              |         |
| NÚMERO:   | LETRA:            | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:                          | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |                   | MUNICIPIO:      |                                  | PROVINCIA: | PAÍS:     | CÓD. POSTAL: |         |
| TELÉFONO FIJO:  |                   | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO:              |            |           |              |         |
| COMPARTO ESPACIO CON OTRO TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                   |                 |                                  |            |           |              |         |
| ESPECIFICAR:  |                   |                 |                                  |            |           |              |         |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZA SOLICITADAS:  |                   |                 | TIPOLOGÍA DE PLAZAS SOLICITADAS: |            |           |              |         |

### 4. AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL

|   |                   |                 |                                  |            |           |                          |         |
|---|-------------------|-----------------|----------------------------------|------------|-----------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Modificación sustancial que afecte a la estructura física del centro<br><input type="checkbox"/> Modificación sustancial de carácter funcional |                   |                 |                                  |            |           |                          |         |
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO:  |                   |                 |                                  |            |           | Nº REGISTRAL DEL CENTRO: |         |
| DOMICILIO:  |                   |                 |                                  |            |           |                          |         |
| TIPO DE VÍA:  | NOMBRE DE LA VÍA: |                 |                                  |            |           |                          |         |
| NÚMERO:   | LETRA:            | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:                          | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA:                  | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |                   | MUNICIPIO:      |                                  | PROVINCIA: | PAÍS:     | CÓD. POSTAL:             |         |
| TELÉFONO FIJO:  |                   | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO:              |            |           |                          |         |
| COMPARTO ESPACIO CON OTRO TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |                   |                 |                                  |            |           |                          |         |
| ESPECIFICAR:  |                   |                 |                                  |            |           |                          |         |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZAS:   |                   |                 | TIPOLOGÍA DE PLAZAS SOLICITADAS: |            |           |                          |         |

#### 4.1 MEMORIA EXPLICATIVA DE LA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 4.2 MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES FUNCIONALES

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE TIPOLOGÍA DE PLAZAS | <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS TOTALES        |
| Plazas Totales: .....                                  | <input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN<br><input type="checkbox"/> REDUCCIÓN |
| Tipo de Plazas: .....                                  | Nº Plazas a ampliar: .....<br>Nº Plazas a reducir: .....                  |
|  | Tipo de Plazas: .....   |

00297069





### 5. DERECHO DE OPOSICIÓN

El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):

- ME OPONGO** a la consulta de los **datos de identidad** de la persona titular de la entidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.

### 6. DOCUMENTACIÓN

Presento la siguiente documentación:

- Documento acreditativo de la representación legal que ostente la persona firmante de la solicitud.
- Certificado final de obra, en su caso.
- En su caso, proyecto con estado final de obra o documentación técnica preceptiva conforme a la normativa vigente, según la intervención ejecutada, firmado por personal técnico competente.
- Declaración responsable emitida por la entidad titular del cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales establecidos en la orden de requisitos materiales, funcionales y de calidad correspondientes.
- Declaración responsable, emitida por la entidad titular, de la plantilla de personal con especificación del organigrama, horarios, cualificaciones profesionales y descripción de las funciones. Se especificara en su caso los servicios que se tienen previstos subcontratar.
- Memoria explicativa de la actividad a desarrollar, que contendrá, como mínimo, el perfil de las personas destinatarias, los objetivos, los programas de intervención, la metodología y cartera de servicios.
- Plan de Autoprotección en las condiciones que se establezcan en la Orden de funcionamiento firmado por personal técnico competente.
- Declaración responsable de la propiedad del inmueble o del derecho que se ostente sobre el mismo.
- En el caso de que la entidad titular no este inscrita en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales, deberá presentar la documentación que se indica en el artículo 43.4, a los efectos de su inscripción de oficio con motivo de la resolución de autorización correspondiente.

Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 5:

- Copia del DNI/NIE de la persona solicitante.

### 7. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.

En \_\_\_\_\_, a la fecha de la firma electrónica.

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

ILMO/A SR/A VICECONSEJERO/A DE LA CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007136

00297069



### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE 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 Viceconsejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, cuya dirección es Avenida de Hytasa, 14, 41071 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es).
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la solicitud de autorización administrativa y acreditación, cuya base jurídica es el artículo 83 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html>

### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.

#### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. NOTIFICACIÓN

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

#### 3. AUTORIZACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO

Deberá cumplimentar los datos que correspondan al Centro en el supuesto de puesta en funcionamiento.

#### 4. AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL

Deberá cumplimentar los datos que correspondan al Centro en el supuesto de modificación sustancial.

#### 5. DERECHO DE OPOSICIÓN

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica..

#### 6. DOCUMENTACIÓN

Cumplimente en los numerales correspondientes que documentación presenta efectivamente, en caso de hacerlo.

En el caso de que se ha opuesto, o en su caso, no haya presentado su consentimiento expreso para la consulta de algún datos, debe marcar y aportar la documentación requerida.

#### 7. SOLICITUD, FECHA, LUGAR Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007136

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Viceconsejería



**DECLARACIÓN RESPONSABLE**  
(Código de procedimiento: 25023)

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

| DECLARACIÓN:   |  |
|--|--|
| Elegir una de las 4 opciones y a continuación cumplimentar los desplegados sector, tipología y subtipología, en su caso, que les correspondan. |  |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE TITULARIDAD   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA  | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN SUSTANCIAL DEL CENTRO  | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |

| 1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD TITULAR Y DE LA REPRESENTANTE |        |                   |         |  |              |              |                      |
|--|--------|-------------------|---------|--|--------------|--------------|----------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL:                  |        |                   |         | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF: |              | Nº REGISTRO ENTIDAD: |
| DOMICILIO:   |        |                   |         |  |              |              |                      |
| TIPO DE VÍA:   |        | NOMBRE DE LA VÍA: |         |  |              |              |                      |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:  | ESCALERA:    | PLANTA:      | PUERTA:              |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |        | MUNICIPIO:        |         | PROVINCIA:   | PAÍS:        | CÓD. POSTAL: |                      |
| TELÉFONO FIJO:   |        | TELÉFONO MÓVIL:   |         | CORREO ELECTRÓNICO:  |              |              |                      |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:                |        |                   |         | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE:     |              |                      |
| ACTÚA EN CALIDAD DE (CARGO):                                   |        |                   |         |  |              |              |                      |

| 2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA  |                          |
|--|--------------------------|
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo <sup>(1)</sup> .  |                          |
| 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: ..... |
| <small>(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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a>.</small> |                          |



007137

00297069





| 3. DATOS DEL CENTRO      |        |                   |            |                     |            |                          |              |
|--------------------------|--------|-------------------|------------|---------------------|------------|--------------------------|--------------|
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO: |        |                   |            |                     |            | Nº REGISTRAL DEL CENTRO: |              |
| DOMICILIO:               |        |                   |            |                     |            |                          |              |
| TIPO DE VÍA:             |        | NOMBRE DE LA VÍA: |            |                     |            |                          |              |
| NÚMERO:                  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:    | PORTAL:             | ESCALERA:  | PLANTA:                  | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:    |        |                   | MUNICIPIO: |                     | PROVINCIA: | PAÍS:                    | CÓD. POSTAL: |
| TELÉFONO FIJO:           |        | TELÉFONO MÓVIL:   |            | CORREO ELECTRÓNICO: |            |                          |              |

| 4. DATOS RELATIVOS AL SUPUESTO DE CAMBIO DE TITULARIDAD DE UN CENTRO                          |  |                     |
|---|--|---------------------|
| 4.1 DATOS DE LA ENTIDAD TITULAR ANTERIOR.   |  |                     |
| APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:  |  | Nº REGISTRO ENTIDAD |
| DNI/NIE/NIF:  |  |                     |
| 4.2 DATOS GENERALES   |  |                     |
| INDICAR SI EL CENTRO ESTÁ CONCERTADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |                     |

| 5. DATOS RELATIVOS AL SUPUESTO DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO |  |
|---|--|
| 5.1 MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR POR EL CENTRO     |  |
| 5.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:                                      |  |
|   |  |
| 5.1.2 NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS PREVISTAS: <input type="text"/>       |  |

| 6. DATOS RELATIVOS AL SUPUESTO DE MODIFICACIÓN SUSTANCIAL   |  |
|---|--|
| 6.1. MEMORIA EXPLICATIVA DE LA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL  |  |
| 6.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL:  |  |
|   |  |
| 6.1.2 NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS DEL CENTRO: <input type="text"/>  |  |
| NÚMERO DE PERSONAS PREVISTAS TRAS LA MODIFICACIÓN: <input type="text"/>   |  |
| 6.1.3 INDICAR SI SE MODIFICA EL PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL CENTRO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007137

00297069



PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007137

| 7. DECLARACIÓN RESPONSABLE, LUGAR, FECHA Y FIRMA   |  |
|--|--|
| <b>7.1 DECLARACIONES CAMBIO TITULARIDAD DE UN CENTRO</b>   |  |
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:  |  |
| <input type="checkbox"/> Dispone de documento que acredita la propiedad o derecho que legitima su disponibilidad sobre el centro o servicio respecto al que asume la titularidad   |  |
| <b>7.2 DECLARACIONES PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO</b>   |  |
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:  |  |
| <input type="checkbox"/> Cumple los requisitos materiales y funcionales establecidos en la normativa de requisitos materiales, funcionales y de calidad correspondientes.  |  |
| <input type="checkbox"/> Dispone de documento que acredita la propiedad o derecho que legitima su disponibilidad sobre el centro o servicio respecto al que asume la titularidad   |  |
| <input type="checkbox"/> Dispone de la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado final de obra, en su caso.</li> <li>• En su caso, proyecto con estado final de obra o documentación técnica preceptiva conforme a la normativa vigente, según la intervención ejecutada, firmado por personal técnico competente.</li> <li>• Proyecto de plantilla de personal con especificación del organigrama, horarios, cualificaciones profesionales y descripción de las funciones. Se especificara en su caso los servicios que se tienen previstos subcontratar.</li> <li>• Memoria explicativa de la actividad a desarrollar, que contendrá, como mínimo, el perfil de las personas destinatarias, los objetivos, los programas de intervención, la metodología y cartera de servicios.</li> <li>• Plan de Autoprotección en las condiciones que se establezcan en la Orden de funcionamiento firmado por personal técnico competente.</li> </ul> |  |
| <b>7.3 DECLARACIONES MODIFICACIÓN SUSTANCIAL</b>   |  |
| <b>7.3.1 MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTA A LA ESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO, DECLARA:</b>  |  |
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:  |  |
| <input type="checkbox"/> Cumple los requisitos materiales y funcionales establecidos en la normativa de requisitos materiales, funcionales y de calidad correspondientes.  |  |
| <input type="checkbox"/> Dispone de la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado final de obra, en su caso.</li> <li>• En su caso, proyecto con estado final de obra o documentación técnica preceptiva conforme a la normativa vigente, según la intervención ejecutada, firmado por personal técnico competente.</li> <li>• Proyecto de plantilla de personal con especificación del organigrama, horarios, cualificaciones profesionales y descripción de las funciones. Se especificara en su caso los servicios que se tienen previstos subcontratar.</li> <li>• Plan de Autoprotección en las condiciones que se establezcan en la Orden de funcionamiento firmado por personal técnico competente.</li> </ul>   |  |
| <b>7.3.2 MODIFICACIÓN SUSTANCIAL DE CARÁCTER FUNCIONAL, DECLARA:</b>   |  |
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:  |  |
| <input type="checkbox"/> Cumple los requisitos materiales y funcionales establecidos en la normativa de requisitos materiales, funcionales y de calidad correspondientes.  |  |
| <input type="checkbox"/> Dispone de la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de plantilla de personal con especificación del organigrama, horarios, cualificaciones profesionales y descripción de las funciones. Se especificara en su caso los servicios que se tienen previstos subcontratar.</li> <li>• Memoria explicativa de la actividad a desarrollar, que contendrá, como mínimo, el perfil de las personas destinatarias, los objetivos, los programas de intervención, la metodología y cartera de servicios.</li> </ul>   |  |
| <b>7.4 DECLARACIÓN RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN</b>   |  |
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:  |  |
| <input type="checkbox"/> El centro, servicio y, en su caso, la entidad, cumple con los requisitos exigidos por la normativa vigente para el otorgamiento de la acreditación administrativa.  |  |
| <b>7.5 DECLARACIONES COMUNES A TODOS LOS SUPUESTOS:</b>  |  |
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:  |  |
| <input type="checkbox"/> Cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente en materia de Servicios Sociales y que se compromete a mantener el cumplimiento de la misma durante el periodo de tiempo de ejecución de la actividad.   |  |
| <input type="checkbox"/> Dispone de la documentación que lo acredite, según la tipología de declaración, y que está informada que la Administración podrá hacer las comprobaciones necesarias relativas al cumplimiento de los datos declarados y tenencia de la correspondiente documentación.  |  |

00297069





### 7. DECLARACIÓN GENERAL, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)

- Tiene conocimiento que la presente declaración responsable no exime, ni sustituye, ni presupone la concesión de otro tipo de permisos o licencias preceptivas para el inicio de la actividad, ni tampoco presupone el cumplimiento por el servicio o centro, de otras normativas tanto Estatal, Autonómica o Local que resulte aplicable.
- Dispone de poder suficiente para actuar como representante de la citada entidad (Solo en caso de representación de personas jurídicas)
- Tiene conocimiento de que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o manifestación reflejada en la presente declaración así como las subsanaciones que posteriormente pudieran ser requeridas por la Administración, podrá determinar la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades, penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar y que, mediante previa resolución de la Administración Pública que declare tales circunstancias se le podrá exigir la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento o al ejercicio del derecho o al inicio de la actividad correspondiente, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación.
- Son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración.

En \_\_\_\_\_, a la fecha de la firma electrónica.

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

ILMO/A SR/A VICECONSEJERO/A DE LA CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Viceconsejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, cuya dirección es Avenida de Hytasa, 14, 41071 Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es).
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para determinar el derecho a la concesión del objeto solicitado, cuya base jurídica es la habilitación legal que le atribuye la competencia de la tramitación, concesión o denegación de las inscripciones en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales, de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y el artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:  
<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html>

007137

00297069





### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.

#### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. NOTIFICACIÓN

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

#### 3. DATOS DEL CENTRO

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

#### 4. DATOS RELATIVOS AL SUPUESTO DE CAMBIO DE TITULARIDAD DE UN CENTRO

Únicamente deberá cumplimentar estos datos si se encuentra en un supuesto de cambio de titularidad. En ese caso deberá cumplimentar con los datos que correspondan con su situación concreta.

#### 5. DATOS RELATIVOS AL SUPUESTO DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO

Únicamente deberá cumplimentar estos datos si se encuentra en un supuesto de puesta en funcionamiento de un centro. En ese caso deberá cumplimentar con los datos que correspondan con su situación concreta.

#### 6. DATOS RELATIVOS AL SUPUESTO DE MODIFICACIÓN SUSTANCIAL

Únicamente deberá cumplimentar estos datos si se encuentra en un supuesto de modificación sustancial. En ese caso deberá cumplimentar con los datos que correspondan con su situación concreta.

#### 7. DECLARACIÓN RESPONSABLE, LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá declarar las circunstancias que correspondan con su situación concreta, así como que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007137

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad  
Viceconsejería



**COMUNICACIÓN**  
(Código de procedimiento: 25024)

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



007138

| COMUNICACIÓN:  |  |
|--|--|
| Elegir una de las 7 opciones y a continuación cumplimentar los despleables sector, tipología y subtipología, en su caso, que les correspondan. |  |
| <input type="checkbox"/> CREACIÓN/CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO  | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> INICIO PRESTACIÓN DE UN SERVICIO  | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN SUSTANCIAL DEL CENTRO  | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL DEL CENTRO   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> CESE DEL SERVICIO O CIERRE DEL CENTRO   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> REAPERTURA DEL CENTRO / REINICIO PRESTACIÓN SERVICIO  | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |

| 1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD TITULAR Y DE LA REPRESENTANTE |        |                 |            |  |  |                        |                                    |
|--|--------|-----------------|------------|--|--|------------------------|------------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL:                  |        |                 |            | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF:   | NÚM. REGISTRO ENTIDAD: |                                    |
| DOMICILIO:<br>TIPO DE VÍA:      NOMBRE DE LA VÍA:              |        |                 |            |  |  |                        |                                    |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:    | PORTAL:  | ESCALERA:  | PLANTA:                | PUERTA:                            |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |        |                 | MUNICIPIO: |  | PROVINCIA:   | PAÍS:                  | CÓD. POSTAL:<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
| TELÉFONO FIJO:   |        | TELÉFONO MÓVIL: |            | CORREO ELECTRÓNICO:  |  |                        |                                    |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:                |        |                 |            |  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE:               |                                    |
| ACTÚA EN CALIDAD DE (CARGO):                                   |        |                 |            |  |  |                        |                                    |

00297069





| 2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA   |                          |
|---|--------------------------|
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo <sup>(1)</sup> .<br>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: ..... |
| <small>(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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a>.</small>  |                          |

| 3. DATOS DEL CENTRO      |        |                   |            |                     |            |                          |              |
|--------------------------|--------|-------------------|------------|---------------------|------------|--------------------------|--------------|
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO: |        |                   |            |                     |            | Nº REGISTRAL DEL CENTRO: |              |
| DOMICILIO:               |        |                   |            |                     |            |                          |              |
| TIPO DE VÍA:             |        | NOMBRE DE LA VÍA: |            |                     |            |                          |              |
| NÚMERO:                  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:    | PORTAL:             | ESCALERA:  | PLANTA:                  | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:    |        |                   | MUNICIPIO: |                     | PROVINCIA: | PAÍS:                    | CÓD. POSTAL: |
| TELÉFONO FIJO:           |        | TELÉFONO MÓVIL:   |            | CORREO ELECTRÓNICO: |            |                          |              |

| 4. INICIO DE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO               |                  |         |                                  |                  |
|---|------------------|---------|----------------------------------|------------------|
| 4.1. DENOMINACIÓN DEL SERVICIO:                         |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
| 4.2. MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR. |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
| 4.3. PROYECTO DE PLANTILLA.                             |                  |         |                                  |                  |
| TITULACIÓN  | Nº PROFESIONALES |         | JORNADA<br>(completa o parcial)* | TIPO DE CONTRATO |
|   | Hombres          | Mujeres |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |
|   |                  |         |                                  |                  |

(\*) En caso de que la jornada sea a tiempo parcial, especificar la duración (horas/día, días de la semana, etc)

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007138

00297069





| 5. CREACIÓN/CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO   |  |
|---|--|
| <b>5.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO.</b>   |  |
| a) Condiciones físicas, urbanísticas y arquitectónicas:   |  |
| b) Instalaciones, superficies y equipamientos:  |  |
| <b>5.2. MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR POR EL CENTRO.</b>  |  |
| 5.2.1 NÚMERO TOTAL DE PLAZAS PREVISTAS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| 5.2.2 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |  |
| 6. PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO  |  |
| <b>6.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO:</b>   |  |
| a) Condiciones físicas, urbanísticas y arquitectónicas:   |  |
| b) Instalaciones, superficies y equipamientos:  |  |
| c) Condiciones de seguridad:  |  |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007138

00297069



# A

| 6. PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO (continuación)   |   |
|---|---|
| <b>6.2. MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR POR EL CENTRO.</b>                                    |   |
| 6.2.1 NÚMERO TOTAL DE PLAZAS:   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6.2.2 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:  |   |
|   |   |
| 6.2.3 CARTERA DE SERVICIOS (descripción de los servicios ofertados) Y SERVICIOS QUE SE PRETENDAN SUBCONTRATAR : |   |
|   |   |
| 7. MODIFICACIÓN SUSTANCIAL DE UN CENTRO   |   |
| <b>7.1. DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL</b>   |   |
|   |   |
| <b>7.2. MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES FUNCIONALES.</b>  |   |
| 7.2.1 NÚMERO PERSONAS USUARIAS DEL CENTRO:  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZAS PREVISTAS TRAS LA MODIFICACIÓN:  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7.2.2 ADAPTACIONES EN LA PLANTILLA DE PERSONAL QUE IMPLICA LA MODIFICACIÓN:                                     |   |
|   |   |
| 7.2.3 ADAPTACIONES EN LA CARTERA DE SERVICIOS, PROTOCOLOS Y PROGRAMAS QUE IMPLICA LA MODIFICACIÓN:              |   |
|   |   |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007138

00297069



PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

|   |  |
|---|--|
| <b>8. MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL DE UN CENTRO</b>   |  |
| <b>8.1 MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL RELATIVA A LA ESTRUCTURA FÍSICA:</b>  |  |
| Descripción de la modificación:   |  |
| <hr/>   |  |
| <b>8.2. MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL RELATIVA A LA ESTRUCTURA FUNCIONAL:</b>  |  |
| Descripción de la modificación:   |  |
| <hr/>   |  |
| <b>9. CESE DEL SERVICIO O CIERRE DEL CENTRO</b>   |  |
| <b>9.1 TIPOLOGÍA DEL CESE O CIERRE</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> TEMPORAL    Fecha de inicio del cese o cierre: .....    Fecha de reapertura prevista: .....                                |  |
| <input type="checkbox"/> DEFINITIVO    Fecha prevista para el cese o cierre: .....  |  |
| a) Fases previstas para su realización:   |  |
| <hr/>   |  |
| b) Medidas a llevar a cabo para garantizar la atención de las personas usuarias afectadas:  |  |
| <hr/>   |  |
| <b>9.2 MOTIVO DEL CESE O CIERRE:</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> POR TRASLADO   |  |
| <input type="checkbox"/> POR OBRAS  |  |
| <input type="checkbox"/> POR CAMBIO DE TIPOLOGÍA  |  |
| <input type="checkbox"/> OTROS (especificar):   |  |
| <hr/>   |  |
| Indicar si el centro está concertado: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |  |
| Señalar si han recibido ayudas o subvenciones públicas para la construcción o equipamiento: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |

007138

00297069





| 10. REAPERTURA DEL CENTRO O SERVICIO   |                            |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN REAPERTURA DEL CENTRO.   | Fecha de Reapertura: ..... |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN REAPERTURA DEL SERVICIO.   | Fecha de Reapertura: ..... |
| Indicar si se han producido modificaciones sustanciales durante el cierre: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                            |

| 11. DECLARACIONES   |
|---|
| <b>DECLARO</b> , bajo mi expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:   |
| <input type="checkbox"/> Tiene conocimiento que la comunicación permite el ejercicio de un derecho desde el día de su presentación, bajo la responsabilidad exclusiva de la persona que haya suscrito la comunicación, y sin perjuicio de las facultades de comprobación, control e inspección que tiene atribuidas la Administración.  |
| <input type="checkbox"/> Tiene conocimiento que la presente comunicación no exime a las entidades, servicios y centros de servicios sociales de la obligación de disponer de las autorizaciones o licencias que, en virtud de la normativa general vigente, se pudieran requerir y tampoco exime del cumplimiento de la normativa reguladora del régimen de convenios, conciertos, contratos, concesión de subvenciones o de ayudas públicas, así como de los compromisos contraídos por las entidades en cualquiera de estas materias.   |
| <input type="checkbox"/> Tiene conocimiento de que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o manifestación reflejada en la presente comunicación así como las subsanaciones que posteriormente pudieran ser requeridas por la Administración, podrá determinar la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades, penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar y que, mediante previa resolución de la Administración Pública que declare tales circunstancias se le podrá exigir la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento o al ejercicio del derecho o al inicio de la actividad correspondiente, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación. |

| 12. DECLARACION, LUGAR, FECHA Y FIRMA  |
|--|
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud |
| En ....., a la fecha de la firma electrónica.  |
| LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE   |
| Fdo.: .....  |

ILMO/A SR/A VICECONSEJERO/A DE LA CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS  |
|---|
| En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:   |
| a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Viceconsejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, cuya dirección es Avenida de Hytasa, 14, 41071 Sevilla.  |
| b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica <a href="mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es">dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es</a> .  |
| c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para determinar el derecho a la concesión del objeto solicitado, cuya base jurídica es la habilitación legal que le atribuye la competencia de la tramitación, concesión o denegación de las inscripciones en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales, de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y el artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. |
| d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <a href="http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a> , donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.  |
| e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.   |
| La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <a href="https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html">https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html</a>   |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007138

00297069







### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.

**1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE**

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quién suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

**2. NOTIFICACIÓN**

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**3. DATOS DEL CENTRO**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**4. INICIO DE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**5. CREACIÓN/CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**6. PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**7. MODIFICACIÓN SUSTANCIAL DE UN CENTRO**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**8. MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL DE CENTROS**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**9. CESE DEL SERVICIO O CIERRE DEL CENTRO**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**10. REAPERTURA DEL CENTRO O SERVICIO**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**11. DECLARACIONES**

Deberá cumplimentar los datos que correspondan con su situación concreta.

**12. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007138

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Viceconsejería



### ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA (Código de procedimiento 8)

|  |  |
|--|--|
| <b>ACREDITACIÓN:</b><br>Elegir una de las 2 opciones y a continuación cumplimentar los desplegados sector, tipología y subtipología, en su caso, que les correspondan. |  |
| <input type="checkbox"/> ACREDITACIÓN DE CENTROS   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> ACREDITACIÓN DE SERVICIOS   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |

|   |        |                   |            |                     |  |  |              |                        |
|---|--------|-------------------|------------|---------------------|--|--|--------------|------------------------|
| <b>1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD TITULAR Y DE LA REPRESENTANTE</b> |        |                   |            |                     |  |  |              |                        |
| APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL:                         |        |                   |            |                     | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF:   |              | NÚM. REGISTRO ENTIDAD: |
| DOMICILIO:  |        |                   |            |                     |  |  |              |                        |
| TIPO DE VÍA:  |        | NOMBRE DE LA VÍA: |            |                     |  |  |              |                        |
| NÚMERO:   | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:    | PORTAL:             | ESCALERA:  | PLANTA:  | PUERTA:      |                        |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |        |                   | MUNICIPIO: |                     | PROVINCIA:   | PAÍS:  | CÓD. POSTAL: |                        |
| TELÉFONO FIJO:  |        | TELÉFONO MÓVIL:   |            | CORREO ELECTRÓNICO: |  |  |              |                        |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:                       |        |                   |            |                     |  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE:     |                        |
| ACTÚA EN CALIDAD DE (CARGO):  |        |                   |            |                     |  |  |              |                        |

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA</b>  |                    |
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo <sup>(1)</sup> .   |                    |
| 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:<br><a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> . |                    |

|  |        |                   |            |                      |            |                          |              |  |
|--|--------|-------------------|------------|----------------------|------------|--------------------------|--------------|--|
| <b>3. ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA DE UN CENTRO</b> |        |                   |            |                      |            |                          |              |  |
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO:                           |        |                   |            |                      |            | Nº REGISTRAL DEL CENTRO: |              |  |
| DOMICILIO:   |        |                   |            |                      |            |                          |              |  |
| TIPO DE VÍA:                                       |        | NOMBRE DE LA VÍA: |            |                      |            |                          |              |  |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:    | PORTAL:              | ESCALERA:  | PLANTA:                  | PUERTA:      |  |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:                              |        |                   | MUNICIPIO: |                      | PROVINCIA: | PAÍS:                    | CÓD. POSTAL: |  |
| TELÉFONO FIJO:                                     |        | TELÉFONO MÓVIL:   |            | CORREO ELECTRÓNICO:  |            |                          |              |  |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZAS:                            |        |                   |            | TIPOLOGÍA DE PLAZAS: |            |                          |              |  |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



007139

00297069





| 4. ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA DE UN SERVICIO |        |                   |                      |                     |            |                            |              |
|---|--------|-------------------|----------------------|---------------------|------------|----------------------------|--------------|
| DENOMINACIÓN DEL SERVICIO:                    |        |                   |                      |                     |            | Nº REGISTRAL DEL SERVICIO: |              |
| DOMICILIO:                                    |        |                   |                      |                     |            |                            |              |
| TIPO DE VÍA:                                  |        | NOMBRE DE LA VÍA: |                      |                     |            |                            |              |
| NÚMERO:                                       | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:              | PORTAL:             | ESCALERA:  | PLANTA:                    | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:                         |        |                   | MUNICIPIO:           |                     | PROVINCIA: | PAÍS:                      | CÓD. POSTAL: |
| TELÉFONO FIJO:                                |        | TELÉFONO MÓVIL:   |                      | CORREO ELECTRÓNICO: |            |                            |              |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZAS:                       |        |                   | TIPOLOGÍA DE PLAZAS: |                     |            |                            |              |

| 5. DERECHO DE OPOSICIÓN   |   |
|---|---|
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |
| <input type="checkbox"/>  | ME Opongo a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona titular de la entidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE. |

| 6. DOCUMENTACIÓN  |   |
|---|---|
| Presento la siguiente documentación:                            |   |
| <input type="checkbox"/>  | Documento acreditativo de la representación legal que ostente la persona firmante de la solicitud.  |
| <input type="checkbox"/>  | Declaración responsable emitida por el titular de la entidad del cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos en la correspondiente Orden de requisitos materiales, funcionales y de calidad.   |
| <input type="checkbox"/>  | Declaración responsable emitida por la entidad titular, de la plantilla de personal con especificación del organigrama, horarios, cualificaciones profesionales y descripción de las funciones. Se especificará, en su caso, los servicios que tiene previsto subcontratar. |
| <input type="checkbox"/>  | En el caso de acreditación de servicios, memoria explicativa de la actuación o actividad a desarrollar que justifique los fines concretos que se persiguen, programas, medios técnicos y personales para su consecución y necesidades de las personas a las que se dirigen. |
| Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 5: |   |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE de la persona solicitante.  |

| 7. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA  |  |
|---|--|
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta. |  |
| En _____, a la fecha de la firma electrónica.   |  |
| LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE  |  |
| Fdo.: _____   |  |

ILMO/A SR/A VICECONSEJERO/A DE LA CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD  
 Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007139

00297069



### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE 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 Viceconsejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, cuya dirección es Avenida de Hytasa, 14, 41071 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es).
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la solicitud de autorización administrativa y acreditación, cuya base jurídica es el artículo 83 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:  
<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html>

### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.

#### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. NOTIFICACIÓN

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

#### 3. ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA DE UN CENTRO

Deberá cumplimentar los datos que aquí se requieren.

#### 4. ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA DE UN SERVICIO

Deberá cumplimentar los datos que aquí se requieren.

#### 5. DERECHO DE OPOSICIÓN

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

#### 6. DOCUMENTACIÓN

Cumplimente en los numerales correspondientes que documentación presenta efectivamente, en caso de hacerlo.

En el caso de que se ha opuesto, o en su caso, no haya presentado su consentimiento expreso para la consulta de algún datos, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza el derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá indicar toda la información que se le solicita.

#### 7. SOLICITUD, FECHA, LUGAR Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007139

00297069





Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Viceconsejería

**AUTORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA**  
(Código de procedimiento 25521)



PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

| AUTORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA   |  |
|--|--|
| Elegir una de las 2 opciones y a continuación cumplimentar los desplegados sector, tipología y subtipología, en su caso, que les correspondan. |  |
| <input type="checkbox"/> PUESTA EN FUNCIONAMIENTO  | Tipología: .....<br>Sector: .....<br>Subtipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN SUSTANCIAL   | Sector: .....<br>Tipología: .....<br>Subtipología: ..... |

| 1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD TITULAR Y DE LA REPRESENTANTE |        |                   |            |                     |  |              |              |                        |
|--|--------|-------------------|------------|---------------------|--|--------------|--------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL:                  |        |                   |            |                     | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF: |              | NÚM. REGISTRO ENTIDAD: |
| DOMICILIO:   |        |                   |            |                     |  |              |              |                        |
| TIPO DE VÍA:   |        | NOMBRE DE LA VÍA: |            |                     |  |              |              |                        |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:    | PORTAL:             | ESCALERA:  | PLANTA:      | PUERTA:      |                        |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |        |                   | MUNICIPIO: |                     | PROVINCIA:   | PAÍS:        | CÓD. POSTAL: |                        |
| TELÉFONO FIJO:   |        | TELÉFONO MÓVIL:   |            | CORREO ELECTRÓNICO: |  |              |              |                        |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:                |        |                   |            |                     | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE:     |              |                        |
| ACTÚA EN CALIDAD DE (CARGO):                                   |        |                   |            |                     |  |              |              |                        |

| 2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA  |                          |
|--|--------------------------|
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo <sup>(1)</sup> .  |                          |
| 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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> . |                          |



007140

00297069





| 3. AUTORIZACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ACREDITACIÓN DE UN CENTRO                      |                   |                 |                     |                                  |           |              |         |
|---|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|-----------|--------------|---------|
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO:  |                   |                 |                     |                                  |           |              |         |
| DOMICILIO:  |                   |                 |                     |                                  |           |              |         |
| TIPO DE VÍA:  | NOMBRE DE LA VÍA: |                 |                     |                                  |           |              |         |
| NÚMERO:   | LETRA:            | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:             | PORTAL:                          | ESCALERA: | PLANTA:      | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |                   | MUNICIPIO:      |                     | PROVINCIA:                       | PAÍS:     | CÓD. POSTAL: |         |
| TELÉFONO FIJO:  |                   | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: |                                  |           |              |         |
| COMPARTE ESPACIO CON OTRO TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                   |                 |                     |                                  |           |              |         |
| ESPECIFICAR:  |                   |                 |                     |                                  |           |              |         |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZA SOLICITADAS:  |                   |                 |                     | TIPOLOGÍA DE PLAZAS SOLICITADAS: |           |              |         |

| 4. AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL Y ACREDITACIÓN   |                   |                 |                     |                                  |           |                          |         |
|---|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|-----------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Modificación sustancial que afecte a la estructura física del centro<br><input type="checkbox"/> Modificación sustancial de carácter funcional |                   |                 |                     |                                  |           |                          |         |
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO:  |                   |                 |                     |                                  |           | Nº REGISTRAL DEL CENTRO: |         |
| DOMICILIO:  |                   |                 |                     |                                  |           |                          |         |
| TIPO DE VÍA:  | NOMBRE DE LA VÍA: |                 |                     |                                  |           |                          |         |
| NÚMERO:   | LETRA:            | KM EN LA VÍA:   | BLOQUE:             | PORTAL:                          | ESCALERA: | PLANTA:                  | PUERTA: |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |                   | MUNICIPIO:      |                     | PROVINCIA:                       | PAÍS:     | CÓD. POSTAL:             |         |
| TELÉFONO FIJO:  |                   | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: |                                  |           |                          |         |
| COMPARTE ESPACIO CON OTRO TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |                   |                 |                     |                                  |           |                          |         |
| ESPECIFICAR:  |                   |                 |                     |                                  |           |                          |         |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZA SOLICITADAS:  |                   |                 |                     | TIPOLOGÍA DE PLAZAS SOLICITADAS: |           |                          |         |

| 4.1 MEMORIA EXPLICATIVA DE LA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL Y ACREDITACIÓN: |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
|   |  |  |  |  |  |  |  |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007140

00297069



| 4. AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL Y ACREDITACIÓN (continuación)   |  |  |
|--|--|--|
| <b>4.2 MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES FUNCIONALES</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE TIPOLOGÍA DE PLAZAS   | <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS TOTALES |  |
| Plazas Totales: .....  | <input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN<br>Nº. Plazas a ampliar: ..... | <input type="checkbox"/> REDUCCIÓN<br>Nº Plazas a reducir: ..... |
| Tipo de Plazas: .....  | Tipo de Plazas: .....  | Tipo de Plazas: .....  |
| <b>5. DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |  |  |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona titular de la entidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.  |  |  |
| <b>6. DOCUMENTACIÓN</b>  |  |  |
| <b>6.1 Presento la siguiente documentación para la autorización de puesta en funcionamiento y acreditación:</b>  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la representación legal que ostente la persona firmante de la solicitud.<br><input type="checkbox"/> Declaración responsable emitida por el titular de la entidad del cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos en la orden de requisitos materiales, funcionales y de calidad correspondientes.<br><input type="checkbox"/> Declaración responsable emitida por la entidad titular, de la plantilla de personal con especificación del organigrama, horarios, cualificaciones profesionales y descripción de las funciones. Se especificara en su caso los servicios que se tienen previstos subcontratar.<br><input type="checkbox"/> Certificado final de obra, en su caso.<br><input type="checkbox"/> En su caso, proyecto con estado final de obra o documentación técnica preceptiva conforme a la normativa vigente, según la intervención ejecutada, firmado por personal técnico competente.<br><input type="checkbox"/> Memoria explicativa de la actividad a desarrollar, que contendrá, como mínimo, el perfil de las personas destinatarias, los objetivos, los programas de intervención, la metodología y cartera de servicios.<br><input type="checkbox"/> Plan de Autoprotección en las condiciones que se establezcan en la Orden de funcionamiento firmado por personal técnico competente.<br><input type="checkbox"/> Declaración responsable de la propiedad del inmueble o del derecho que se ostente sobre el mismo.<br><input type="checkbox"/> En el caso de que la entidad titular no este inscrita en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales, deberá presentar la documentación que se indica en el artículo 43.4, a los efectos de su inscripción de oficio con motivo de la resolución de autorización correspondiente. |  |  |
| <b>6.2 Presento la siguiente documentación para la autorización de la modificación sustancial y acreditación:</b>  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la representación legal que ostente la persona firmante de la solicitud.<br><input type="checkbox"/> Declaración responsable emitida por el titular de la entidad del cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos en la orden de requisitos materiales, funcionales y de calidad correspondientes.<br><input type="checkbox"/> Declaración responsable emitida por la entidad titular, de la plantilla de personal con especificación del organigrama, horarios, cualificaciones profesionales y descripción de las funciones. Se especificara en su caso los servicios que se tienen previstos subcontratar.<br><input type="checkbox"/> Certificado final de obra, en su caso.<br><input type="checkbox"/> En su caso, proyecto con estado final de obra o documentación técnica preceptiva conforme a la normativa vigente, según la intervención ejecutada, firmado por personal técnico competente.<br><input type="checkbox"/> Memoria explicativa de la actividad a desarrollar, que contendrá, como mínimo, el perfil de las personas destinatarias, los objetivos, los programas de intervención, la metodología y cartera de servicios.<br><input type="checkbox"/> Plan de Autoprotección en las condiciones que se establezcan en la Orden de funcionamiento firmado por personal técnico competente.  |  |  |
| Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 5:  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Copia del DNI/NIE de la persona solicitante.  |  |  |

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007140

00297069



### 7. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.

En \_\_\_\_\_, a la fecha de la firma electrónica.

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

ILMO/A SR/A VICECONSEJERO/A DE LA CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Viceconsejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, cuya dirección es Avenida de Hytasa, 14, 41071 Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es).
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la solicitud de autorización administrativa y acreditación, cuya base jurídica es el artículo 83 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html>

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007140

00297069



**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.****1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE**

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quién suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

**2. NOTIFICACIÓN**

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**3. AUTORIZACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y ACREDITACIÓN DE UN CENTRO**

Deberá cumplimentar los datos que aquí se requieren.

**4. AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL Y ACREDITACIÓN**

Deberá cumplimentar los datos que aquí se requieren.

**5. DERECHO DE OPOSICIÓN**

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

**6. DOCUMENTACIÓN**

Cumplimente en los numerales correspondientes que documentación presenta efectivamente, en caso de hacerlo.

En el caso de que se ha opuesto, o en su caso, no haya presentado su consentimiento expreso para la consulta de algún datos, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza el derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá indicar toda la información que se le solicita.

**7. SOLICITUD, FECHA, LUGAR Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007140

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad  
Viceconsejería



**AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA ESPECÍFICA**  
(Código de procedimiento 25522)

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

| AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA:   |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Elegir una de las 2 opciones y a continuación cumplimentar sector y tipología que en su caso le correspondan |                                   |
| <input type="checkbox"/> PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA EXPERIENCIA PILOTO                                   | Sector: .....<br>Tipología: ..... |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN DE PLAZAS ESPECÍFICAS  | Sector: .....<br>Tipología: ..... |

| 1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD TITULAR Y DE LA REPRESENTANTE |        |                   |         |  |              |              |                        |
|--|--------|-------------------|---------|--|--------------|--------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL:                  |        |                   |         | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF: |              | NÚM. REGISTRO ENTIDAD: |
| DOMICILIO:<br>TIPO DE VÍA:                                     |        | NOMBRE DE LA VÍA: |         |  |              |              |                        |
| NÚMERO:  | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL:  | ESCALERA:    | PLANTA:      | PUERTA:                |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |        | MUNICIPIO:        |         | PROVINCIA:   | PAÍS:        | CÓD. POSTAL: |                        |
| TELÉFONO FIJO:   |        | TELÉFONO MÓVIL:   |         | CORREO ELECTRÓNICO:  |              |              |                        |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:                |        |                   |         | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE:     |              |                        |
| ACTÚA EN CALIDAD DE (CARGO):                                   |        |                   |         |  |              |              |                        |

| 2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA   |
|---|
| Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo <sup>(1)</sup> .   |
| Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre la notificación practicada en el sistema de notificaciones.  |
| Correo electrónico: ..... N° 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:<br><a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> . |

| 3. AUTORIZACIÓN PARA PLAZAS ESPECÍFICAS   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Autorización de plazas para personas que precisen de un tipo de atención diferente a la inicialmente prevista.   |
| <input type="checkbox"/> Autorización de plazas para personas usuarias en centros que no sean los propios de la tipología para la que cuenten con autorización, siempre que no exista tipología específica reconocida para la atención de las mismas. |



007141

00297069





| 3. AUTORIZACIÓN PARA PLAZAS ESPECÍFICAS (continuación)  |        |                   |                     |                                  |            |                          |              |
|---|--------|-------------------|---------------------|----------------------------------|------------|--------------------------|--------------|
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO:  |        |                   |                     |                                  |            | Nº REGISTRAL DEL CENTRO: |              |
| DOMICILIO:  |        |                   |                     |                                  |            |                          |              |
| TIPO DE VÍA:  |        | NOMBRE DE LA VÍA: |                     |                                  |            |                          |              |
| NÚMERO:   | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE:             | PORTAL:                          | ESCALERA:  | PLANTA:                  | PUERTA:      |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |        |                   | MUNICIPIO:          |                                  | PROVINCIA: | PAÍS:                    | CÓD. POSTAL: |
| TELÉFONO FIJO:  |        | TELÉFONO MÓVIL:   | CORREO ELECTRÓNICO: |                                  |            |                          |              |
| COMPARTE ESPACIO CON OTRO TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |        |                   |                     |                                  |            |                          |              |
| ESPECIFICAR:  |        |                   |                     |                                  |            |                          |              |
| NÚMERO TOTAL DE PLAZAS ESPECÍFICAS:   |        |                   |                     | TIPOLOGÍA DE PLAZAS ESPECÍFICAS: |            |                          |              |

| 4. DERECHO DE OPOSICIÓN   |   |
|---|---|
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre): |   |
| <input type="checkbox"/>  | ME OPONGO a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona titular de la entidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE. |

| 5. DOCUMENTACIÓN  |   |
|---|---|
| Presento la siguiente documentación (en el caso de puesta en funcionamiento de experiencia piloto): |   |
| <input type="checkbox"/>  | Memoria explicativa de la actuación o actividad a desarrollar que justifique los fines concretos que se persiguen, programa, medios técnicos y personales para su consecución, y necesidades de las personas a las que se dirige, así como previsión temporal de la actividad o previsión del tiempo durante el que se contrastara la innovación. En el supuesto que la experiencia piloto se desarrolle en un centro ya inscrito indicar la denominación del mismo y el número de inscripción registral. |
| <input type="checkbox"/>  | Documento acreditativo de la representación legal que ostente la persona firmante de la solicitud.  |
| <input type="checkbox"/>  | Declaración responsable del personal técnico competente del cumplimiento de los requisitos mínimos de seguridad, salubridad e higiene para las personas.  |
| Presento la siguiente documentación (en el caso de autorización de plazas específicas):             |   |
| <input type="checkbox"/>  | Memoria explicativa de la autorización de plazas solicitadas con indicación de la tipología y número de plazas afectadas.   |
| Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 4:                                     |   |
| <input type="checkbox"/>  | Copia del DNI/NIE de la persona solicitante.  |

| 6. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA  |  |
|---|--|
| La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta. |  |
| En _____, a la fecha de la firma electrónica.   |  |
| LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE  |  |
| Fdo.: _____   |  |

ILMO/A SR/A VICECONSEJERO/A DE LA CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD  
 Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007141

00297069



### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE 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 Viceconsejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, cuya dirección es Avenida de Hytasa, 14, 41071 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es).
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la solicitud de autorización administrativa y acreditación, cuya base jurídica es el artículo 83 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:  
<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html>

### INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.

#### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quién suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

#### 2. NOTIFICACIÓN

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

#### 3. AUTORIZACIÓN PARA PLAZAS ESPECÍFICAS

Deberá cumplimentar los datos que aquí se requieren.

#### 4. DERECHO DE OPOSICIÓN

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

#### 5. DOCUMENTACIÓN

Cumplimente en los numerales correspondientes que documentación presenta efectivamente, en caso de hacerlo.

En el caso de que se ha opuesto, o en su caso, no haya presentado su consentimiento expreso para la consulta de algún datos, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza el derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá indicar toda la información que se le solicita.

#### 6. SOLICITUD, FECHA, LUGAR Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

007141

00297069



Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad  
Viceconsejería



## INSCRIPCIÓN DE ENTIDADES EN EL REGISTRO DE ENTIDADES, CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES.

(Código de procedimiento: 11)

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



007142

|  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
|--|-----------------|---------------------|---------|------------|-----------------------|---|--------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| <b>1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE</b>  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:  |                 |                     |         |            |                       | SEXO:   | DNI/NIE/NIF: |  |  |  |  |
|  |                 |                     |         |            |                       | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M   |              |  |  |  |  |
| DOMICILIO:   |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| TIPO DE VÍA:   |                 | NOMBRE DE LA VÍA:   |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| NÚMERO:  | LETRA:          | KM EN LA VÍA:       | BLOQUE: | PORTAL:    | ESCALERA:             | PLANTA:   | PUERTA:      |  |  |  |  |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |                 | MUNICIPIO:          |         | PROVINCIA: |                       | PAÍS:   | CÓD. POSTAL: |  |  |  |  |
|  |                 |                     |         |            |                       | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> |              |  |  |  |  |
|  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| TELÉFONO FIJO:   | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: |         |            | DIRECCIÓN PÁGINA WEB: |   |              |  |  |  |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:  |                 |                     |         |            |                       | SEXO:   | DNI/NIE/NIF: |  |  |  |  |
|  |                 |                     |         |            |                       | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M   |              |  |  |  |  |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:   |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| <b>2. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA</b>   |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| <p>Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo <sup>(1)</sup>.</p> <p>Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre la notificación practicada en el sistema de notificaciones.</p> <p>Correo electrónico: ..... N° teléfono móvil: .....</p> <p>(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: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a>.</p> |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| <b>3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD</b>  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| Sector de población destinataria principal: .....  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| Otros sectores de población destinataria: .....  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| Ámbito de actuación territorial: .....   |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| <b>4. DERECHO DE OPOSICIÓN</b>   |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):  |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona titular de la entidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.   |                 |                     |         |            |                       |   |              |  |  |  |  |

00297069





### 5. DOCUMENTACIÓN

Presento la siguiente documentación:

- NIF de la entidad solicitante.
- Estatutos vigentes diligenciados por su correspondiente Registro, en los que se recojan las necesidades sociales a las que se va a dar respuesta y el sector de población destinataria que va a ser atendida.
- Documentación que acredite la representación legal o voluntaria de quien actúe en nombre, en su caso, de la correspondiente entidad de servicios sociales.
- Memoria de la programación general que están desarrollando o proyectan desarrollar en materia de Servicios Sociales en el ámbito territorial de Andalucía identificando los sectores de población destinataria de las citadas actividades. (Máximo 2 folios).

Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 4:

- Copia del DNI/NIE de la persona solicitante.

### 6. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.

En \_\_\_\_\_, a la fecha de la firma electrónica.

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

**ILMO/A SR/A VICECONSEJERO/A DE LA CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD**

**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Viceconsejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, cuya dirección es Avenida de Hytasa, 14, 41071 Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cisjufi@juntadeandalucia.es).
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la solicitud de autorización administrativa y acreditación, cuya base jurídica es el artículo 83 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/226471.html>

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.****1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE**

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quién suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

**2. NOTIFICACIÓN**

Los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

**3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD**

Deberá cumplimentar los datos correspondientes a su situación concreta.

**4. DERECHO DE OPOSICIÓN**

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

**5. DOCUMENTACIÓN**

Marque la documentación que presenta efectivamente.

En el caso de que se ha opuesto, o en su caso, no haya presentado su consentimiento expreso para la consulta de algún datos, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza el derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá indicar toda la información que se le solicita.

**6. DECLARACIÓN, FECHA, LUGAR Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.