



Acuerdo 22/24

Superior Tribunal de Justicia  
Provincia de Corrientes

**ANEXO**



**R.U.A.CTES.**

**REGISTRO ÚNICO DE ASPIRANTES A GUARDA CON FINES ADOPTIVOS DE CORRIENTES  
PODER JUDICIAL DE CORRIENTES**

**LEGAJO Nº : \_\_\_\_\_ FECHA de ALTA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**  
(datos a completar por el Registro)

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**DATOS DEL/LA/LOS/LAS SOLICITANTES**

**SOLICITANTE 1:**

Fecha de solicitud: ...../...../.....

Apellidos y Nombres: .....

Tipo y Número de documento: .....

Edad:.....

Lugar y Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Estado Civil: .....

Domicilio Real:.....

(deberá acreditar un año de residencia en la Pcia. de Corrientes previo a la inscripción)

Localidad: .....Provincia: ..... C.P.: .....

Teléfono fijo: ..... Teléfono celular: .....

Correo electrónico: .....

Ocupación: .....

Nombre y domicilio Laboral:.....

Teléfono laboral:.....

Correo electrónico: .....

Vínculo que une a los solicitantes: Matrimonio..... Unión Convivencial.....

Fecha de Matrimonio /Unión Convivencial: ...../...../.....

**1-¿Tiene hijos biológicos?** SI ..... NO.....¿Cuántos? ..... Edades.....

**2-¿Tiene hijos adoptivos?** SI.....NO..... ¿Cuántos?.....Edades.....  
(completar Formulario 1.a)

**3-¿Tiene niñas/os y/o adolescente/s bajo alguna figura distinta a la adopción?**

SI.....NO..... ¿Cuántos?.....Edades.....  
(completar Formulario 1.c)

**SOLICITANTE 2:**

Fecha de solicitud: ...../...../.....

Apellidos y Nombres: .....

Tipo y Número de documento: .....

Edad:.....

Lugar y Fecha de nacimiento: ....., ...../...../.....

Estado Civil: .....

Domicilio Real:.....

Localidad: .....Provincia: ..... C.P.: .....

Teléfono fijo: ..... Teléfono celular: .....

Correo electrónico: .....

Ocupación: .....

Nombre y Domicilio Laboral: .....

Teléfono laboral: .....

Correo electrónico: .....

Vínculo que une a los solicitantes: Matrimonio..... Unión Convivencial.....

Fecha de Matrimonio /Unión Convivencial: ...../...../.....

**1-¿Tiene hijos biológicos?** SI ..... NO..... ¿Cuántos? ..... Edades.....

**2-¿Tiene hijos adoptivos?** SI.....NO..... ¿Cuántos?.....Edades.....

(completar Formulario 1.a)

**3-¿Tiene niñas/os y/o adolescente/s bajo alguna figura distinta a la adopción?**

SI.....NO..... ¿Cuántos?.....Edades.....

(completar Formulario 1.c)

**GRUPO FAMILIAR**

**DATOS DEL/LOS HIJO/S:**

(Indicar: Nombres y Apellidos - DNI- Fecha. Nac - Edad– Si convive o no con el/los solicitante/s)

(Aclarar: si es hijo de uno o de ambos solicitantes) (deberá acreditarse el vínculo con Acta de Nacimiento o Libreta de familia)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

**DATOS DE OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL/LOS SOLICITANTES:**

(Indicar: Nombres y Apellidos - DNI - Fecha. Nac. - Edad - Vínculo)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

**DISPONIBILIDAD ADOPTIVA**

**Franja Etaria- Edad del niño/a/adolescente:**

- 1° Infancia (0 a 5 años) .....
- 2° Infancia (6 a 12 años).....
- Adolescentes (13 a 17 años) .....

**Cantidad:** .....

¿Acepta Hermanos/Mellizos? **SI** ..... **NO** ..... Cantidad:.....

**Estado de Salud:**

**Acepta NNa con discapacidad/enfermedad/patología de salud?:** SI..... NO.....

- Física
- Psicosocial
- Intelectual
- Visceral
- Sensorial
- Enfermedad corto tratamiento
- Enfermedad largo tratamiento

*Física*

Involucra todas las personas que presentan una disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas de miembros inferiores y/o superiores que podría implicar sus habilidades motrices.

*Intelectual*

Se caracteriza por una alteración de la mente que podría limitar el funcionamiento de habilidades cognitivas, ocasionando alteraciones en las habilidades motoras, en el lenguaje y en la sociabilización.

*Sensorial*

Comprende a las personas con ausencia o disminución de algunos de sus sentidos.

*Psicosocial*

Se caracteriza por la alteración del bienestar psíquico, generando una posible modificación en las actividades sociales habituales. (Este tipo de discapacidad es la llamada mental).

*Visceral*

Término global que hace a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas de origen cardiovascular, hematológica, inmunológica, respiratoria, digestiva, metabólica, endocrina y genitourinaria (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes) que implica una limitación para el individuo a realizar una tarea o una acción en un contexto habitual, tomando como parámetro su capacidad real.

**Observaciones:** .....  
.....  
.....

Quien/es inicia/mos el presente trámite declaro/amos bajo juramento conocer y aceptar la reglamentación vigente del Registro único de Aspirantes a Guarda con fines Adoptivos y que los datos consignados en el presente Formulario son fehacientes, que la documentación que se acompaña adjunta es copia fiel de sus originales, quedando la misma sujeta a certificación posterior y debiendo ser presentada cuando le/s sea requerida. Además asumo/mimos la obligación de hacer saber al NNA adoptado, la verdad sobre su origen biológico.

.....  
Firma Solicitante 1

.....  
Firma Solicitante 2

.....  
Firma y sello de la oficina receptora

En la ciudad de ..... , a los.....días de .....de 20....