



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 1

Fecha
n/ref^a
- unidad
- expdt Clave Rgt^o .
s/ref^a
asunto

Por la presente le informo que está previsto que D.^a con D.N.I./Pasaporte n^o natural de , de años de edad, dé a luz próximamente (finales de de 2009) en ese hospital y que dicha mujer ha comparecido en nuestras oficinas, manifestando su deseo de que el bebé sea entregado por este Organismo en adopción.

Todo lo cual le comunico a los efectos de que tras producirse el alumbramiento le sea separado el menor a su madre y se nos comunique inmediatamente ya que ésta Dirección General asumirá la tutela del menor en el momento del nacimiento y se hará cargo de él tras su alta hospitalaria.

EL JEFE DE SECCIÓN DE PROTECCIÓN Y TUTELA.

Fdo.:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 2

MODELO DE RENUNCIA DE UN BEBE POR NACER

Yo _____
con D.N.I./Pasaporte nº _____ nacida el _____
de nacionalidad _____ Estado civil _____
y domicilio _____
Municipio _____  _____

Por la presente, expreso mi voluntad de hacer entrega del bebé del que estoy embarazada y cuyo parto está previsto el próximo día _____ en el Hospital _____ Soy consciente de que debo expresar por escrito mi voluntad en el momento del nacimiento e igualmente ratificar la decisión de entrega para adopción por la Administración al mes de haber nacido.

Firma de la Declarante

Fdo.:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración
Dirección General de Familia y Menor



Anexo 3

MODELO PARA EL CONSENTIMIENTO DE DAR UN BEBE EN ADOPCIÓN

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Lea atentamente el documento siguiente antes de rellenarlo. No lo firme más que en el caso de comprenderlo plenamente. Tiene usted el derecho a recibir, si lo desea, una copia del presente documento.

Yo, Nombre: _____ 1^{er} Apellido _____ 2^o Apellido
_____ con D.N.I. ó Pasaporte nº _____, nacido/a el
_____ en _____, con domicilio
en _____, ☎: _____,
hijo/a de _____ y de _____, Estado Civil _____,
Nacionalidad _____

DECLARO QUE:

Presto libremente, sin presión ni coacción, mi consentimiento para solicitar la entrega en adopción del menor _____, nacido el _____.

1. Soy consciente que la adopción de dicho menor tendrá como efecto el establecimiento de una filiación con los padres adoptivos.
2. He sido informada de que puedo retirar mi consentimiento hasta el _____, teniendo que ratificar la solicitud de entrega del menor para adopción por la Entidad Pública en dicha fecha y teniendo prevista la ratificación en presencia de los funcionarios de:
 - Servicios Sociales de Atención Primaria.
 - Hospital donde he dado a luz.
 - Servicios Especializados de Protección de Menores.

Y que después de ésta, mi consentimiento será irrevocable.

3. He comprendido el sentido y el alcance de lo que precede:

Lugar: _____ Fecha: _____

Firma de la Declarante

Firma del Funcionario

Fdo.:

Fdo.:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 4

RATIFICACIÓN CONSENTIMIENTO

Yo, Nombre: _____ 1^{er} Apellido _____ 2^o
Apellido _____ con D.N.I. ó Pasaporte nº
_____, nacida el _____ en _____, con
domicilio en _____, ☎:
_____, hija de _____ y de _____,
Estado Civil _____, Nacionalidad _____

DECLARO: Transcurridos los 30 días desde mi consentimiento en la solicitud para la adopción. Ratifico mi consentimiento, sabiendo que después de esta fecha será irrevocable.

Lugar: _____ Fecha: _____

Firma la Declarante.

Firma el Técnico.

Fdo.:

Fdo.:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración
Dirección General de Familia y Menor



Anexo 5

ENTREGA VOLUNTARIA DE UNA MENOR

Yo, _____, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacida el ____/____/____, de nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Yo, _____, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Yo, _____, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Por la presente, expresamos nuestra voluntad de hacer entrega del bebé del que está embarazada y cuyo parto está previsto el próximo día ____/____/____ en el Hospital _____.

Somos conscientes de que debemos expresar por escrito nuestra voluntad en el momento del nacimiento e igualmente ratificar la decisión de entrega para adopción por la Administración al mes de haber nacido.

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 6

DECLARACION CONSENTIMIENTO PADRES MENOR

Yo, _____, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacida el ____/____/____, de nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Yo, _____, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Yo, _____, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Prestamos libremente, sin presión ni coacción, nuestro consentimiento para solicitar la entrega en adopción del menor _____, nacido el ____/____/____ en el Hospital _____.

Somos conscientes de que la adopción de dicho menor tendrá como efecto el establecimiento de una afiliación con los padres adoptivos. Hemos sido informados de que podemos retirar nuestro consentimiento hasta el ____/____/____, teniendo que ratificar la solicitud de entrega del menor para adopción por la Entidad Pública en dicha fecha y teniendo prevista la ratificación en presencia de los funcionarios de:

- Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Hospital donde dio a luz.
- Servicios Especializados de Protección de Menores.

Y que después de ésta, mi consentimiento será irrevocable.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: _____

Fdo.: _____



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 7

RATIFICACION CONSENTIMIENTO PADRES MENOR

Yo, _____, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacida el ____/____/____, de nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Yo, _____, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

Yo, _____, con D.N.I./Pasaporte nº _____, nacionalidad _____, estado civil _____, con domicilio en _____, municipio _____, ☎ _____

DECLARAMOS: Transcurridos los 30 días desde nuestro consentimiento en la solicitud para la adopción. Nos ratificamos en el mismo, sabiendo que después de esta fecha será irrevocable.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 8

**Fecha
n/ref^a
- unidad
- expte.
s/ref^a
asunto:**

Clave Rgt^o

Hospital

Ruego se informe a esta Sección de Protección y Tutela en caso de que se produzca el nacimiento en ese Hospital de un bebé, hijo de **D^a** , con D.N.I.: y F.N.: , y que la Dirección General competente asumirá la tutela del menor en el momento del nacimiento y se hará cargo de él tras su alta hospitalaria.

El menor debe ser separado de su madre, tras el alumbramiento y no podrá ser entregado a ninguna persona que no haya sido autorizada previamente por esta Entidad Pública.

Ha manifestado en comparecencia de fecha de 00/00/2009 estar embarazada de 31 semanas y querer dar en adopción a su futuro hijo cuando dé a luz.

EL JEFE DE SECCION DE PROTECCION
Y TUTELA.

Fdo.:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 9

Fecha
n/refª
unidad
expdt.:
clave Rgtº
s/refª
asunto:

D.

Por la presente y como interesado en el procedimiento que se sigue en este Servicio de Protección de Menores, se le convoca al **Acto de Entrevista** que tendrá lugar el próximo día _____ a las _____ en las oficinas del Servicio de Protección de Menores, sitas en Travesía del Rocío, nº 8, Edificio Lago (junto a Carrefour Atalayas) de esta capital, teléfono: 968/27.31.60. para tratar sobre el/los menor/es _____.

EL JEFE DE SECCION
DE PROTECCION Y TUTELA.

Fdo.:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 10

INFORME

Motivo del Informe:

Emitido por:

Dirigido a:

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1.- Relativos a los menores:

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

1.2.- Relativos a los padres:

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

D.N.I.:

Domicilio:

C.P.:

Teléfono:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



2. Relato de lo sucedido (del menor, sus tutores y/o acompañantes).
3. Actitud de los tutores y/o acompañantes hacia las indicaciones que se les da y hacia los cuidados sanitarios del menor.
4. Conducta y comportamiento de los tutores y/o acompañantes (visitas, alimentación, interacción entre ellos, conducta del menor en ausencia de los adultos).
5. Cualquier otra información que consideren relevante (ingresos anteriores en el hospital por la misma causa, reiterada asistencia a urgencias, etc).
6. Situación familiar actual.
 - 6.1.- Composición del núcleo familiar.
 - 6.2.- Dinámica familiar.
 - 6.3.- Sistemas de apoyo (familia extensa que pueda responsabilizarse de los menores.
 - 6.4.- Situación de la vivienda.
 - 6.5.- Datos económicos y laborales.
 - 6.6.- Situación sanitaria.
 - 6.7.- Situación escolar.
 - 6.8.- Conexión con redes sociales.

Todo lo anterior acompañado del correspondiente informe clínico sobre el estado actual, diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico del menor.

Murcia, a _____

Fdo:



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 11

, Jefe de Sección de Protección y Tutela del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Familia y Menor, de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

HAGO CONSTAR:

Que con fecha se ha asumido la tutela por procedimiento de urgencia del menor (con fecha de nacimiento / /) y se ha delegado su guarda **-a-** en el director del centro de protección, o **-b-** en D y Dña .

El menor no podrá ser retirado ni visitado por persona alguna que no haya sido autorizada por este Organismo.

Lo que firmo a los efectos oportunos en Murcia, a...de..... de.....



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



Anexo 12

D. _____, Jefe de Sección de Protección y Tutela del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Familia y Menor de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

AUTORIZO a D. _____ con DNI _____, a trasladar al menor _____ nacido el _____ de _____ tutelado por este Organismo por el procedimiento de urgencia, desde el Hospital _____ al centro _____ situado en _____.

Lo que firmo a los efectos oportunos en Murcia, a

.....