

**SOLICITUD DE ALTA EXTRAORDINARIA**

|  |                      |            |                      |
|--|----------------------|------------|----------------------|
| Centro o Servicio que remite la solicitud            | <input type="text"/> |            |                      |
| Entidad Local adherida de la que depende*            | <input type="text"/> |            |                      |
| Profesional que realiza el seguimiento de la usuaria | <input type="text"/> |            |                      |
| Cargo o función                                      | <input type="text"/> |            |                      |
| Teléfono 1   | <input type="text"/> | Teléfono 2 | <input type="text"/> |
| Correo electrónico*                                  | <input type="text"/> |            |                      |
| Dirección postal                                     | <input type="text"/> |            |                      |
| Observaciones  | <input type="text"/> |            |                      |

**PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE ALTA, ES NECESARIO ADJUNTAR INFORME DE LA ENTIDAD LOCAL COMPETENTE (Formato I1)**

**Solicito, una vez comprobado el cumplimiento de los requisitos de acceso de conformidad con el apartado 4.2 del Protocolo de Actuación, y valorada la idoneidad del mismo, autoricen el acceso al Servicio ATENPRO a favor de:**

**Iniciales de la solicitante\***

En \_\_\_\_\_

a

(Firma y sello de la entidad)

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

Cargo: \_\_\_\_\_



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

\*Campos obligatorios



**4. INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO: PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS\***

Describir el tipo de programa/s, frecuencia de sesiones, duración, etc., así como el grado de participación y adhesión al mismo. En caso de no disponer de programas especializados, detallar el seguimiento social que se está realizando.  
En caso de menores de 18 años, indicar si se trata de programas específicos para la atención de la infancia y adolescencia víctima de violencia.

**5. VALORACIÓN DEL ACCESO AL RECURSO\***

Motivos por los que se justifica la necesidad e idoneidad del Servicio ATENPRO.  
En el caso de menores de 18 años, deberá justificarse la madurez y la capacidad de comprensión acerca del funcionamiento del recurso.

(Firma y sello)

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

Cargo: \_\_\_\_\_



\*Campos obligatorios

**AUTORIZACIÓN PARA EL ALTA DE VÍCTIMAS MENORES DE 16 AÑOS, HIJAS/OS MENORES DE 16 AÑOS SUJETOS A LA TUTELA, GUARDA Y CUSTODIA DE LA USUARIA ATENPRO****Datos Progenitor/a**

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| Nombre*                      | <input type="text"/> |
| Apellido/s*                  | <input type="text"/> |
| Lugar y Fecha de Nacimiento* | <input type="text"/> |
| DNI / NIE / Pasaporte*       | <input type="text"/> |
| Con domicilio en             | <input type="text"/> |

**Datos Progenitor/a**

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| Nombre                      | <input type="text"/> |
| Apellido/s                  | <input type="text"/> |
| Lugar y Fecha de Nacimiento | <input type="text"/> |
| DNI / NIE / Pasaporte       | <input type="text"/> |
| Con domicilio en            | <input type="text"/> |

**Manifiesta(n) que en el ejercicio de la patria potestad que tiene(n) legalmente atribuida, autoriza(n) a su hija/o menor de edad, cuyos datos a continuación se indican, a ser usuaria/o del Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de la Violencia contra las Mujeres (ATENPRO).**

**Datos de la Persona Menor de Edad**

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| Nombre*                      | <input type="text"/> |
| Apellido/s*                  | <input type="text"/> |
| Lugar y Fecha de Nacimiento* | <input type="text"/> |
| DNI / NIE / Pasaporte        | <input type="text"/> |

Firma progenitor/a

Firma progenitor/a

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

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

En \_\_\_\_\_

a

(Sello de la Entidad Local)



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

\*Campos obligatorios

Página 2/4