

## SOLICITUD

**INSCRIPCIÓN BÁSICA, PRÓRROGA O MODIFICACIÓN DE PERSONAS MEDIADORAS EN EL REGISTRO DE MEDIACIÓN FAMILIAR DE ANDALUCÍA (Código procedimiento: 6204)**

Orden de 16 de Mayo de 2013 por la que se aprueban los modelos de solicitud de inscripción básica, modificación, prórroga y cancelación en el Registro Mediación Familiar de Andalucía, de designación de persona mediadora y de mediación familiar gratuita y el documento de aceptación del proceso de mediación. (Boja nº 100 de fecha 24 de mayo de 2013).

- INSCRIPCIÓN BÁSICA**
- PRÓRROGA DE LA INSCRIPCIÓN** N° Inscripción .....
- MODIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN** N° Inscripción .....

| 1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE  |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
|--|-------------------|----------------|-------------------|--|------------------|----------------------|----------------------|------------------|---------|---------|
| PRIMER APELLIDO:   |                   |                | SEGUNDO APELLIDO: |  |                  | NOMBRE:              |                      |                  |         |         |
| DNI/PASAPORTE/NIE:   |                   | NACIONALIDAD   |                   | SEXO:<br>VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> |                  | FECHA DE NACIMIENTO: |                      |                  |         |         |
| LUGAR DE NACIMIENTO:   |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <b>DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA</b> |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| TIPO DE VÍA:   | NOMBRE DE LA VÍA: |                |                   |  |                  | NÚM.                 | LETRA:               | ESCALERA:        | PLANTA: | PUERTA: |
| MUNICIPIO:   |                   |                |                   |  | PROVINCIA:       |                      |                      | C. POSTAL:       |         |         |
| TELÉFONO:  |                   | FAX:           |                   | CORREO ELECTRÓNICO:  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <b>Adscripción al sistema de turnos <sup>(1)</sup></b>                             |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <input type="checkbox"/>   | Sí                |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <input type="checkbox"/>   | No                |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <small>(1) La adscripción al sistema de turnos se realizará por municipios</small> |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| DOMICILIO/S PROFESIONAL/ES:  |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| TIPO DE VÍA:   | NOMBRE DE LA VÍA: |                |                   |  |                  | NÚM.                 | LETRA:               | ESCALERA:        | PLANTA: | PUERTA: |
| MUNICIPIO:   |                   |                |                   |  | PROVINCIA:       |                      |                      | C. POSTAL:       |         |         |
| FACILITA EL ACCESO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O MOVILIDAD REDUCIDA:         |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <input type="checkbox"/>   | Sí                |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <input type="checkbox"/>   | No                |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| TIPO DE VÍA:   | NOMBRE DE LA VÍA: |                |                   |  |                  | NÚM.                 | LETRA:               | ESCALERA:        | PLANTA: | PUERTA: |
| MUNICIPIO:   |                   |                |                   |  | PROVINCIA:       |                      |                      | C. POSTAL:       |         |         |
| FACILITA EL ACCESO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O MOVILIDAD REDUCIDA:         |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <input type="checkbox"/>   | Sí                |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <input type="checkbox"/>   | No                |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| <b>2 DATOS BANCARIOS (En el caso de adscripción al sistema de turnos)</b>          |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| Código País  |                   | Código Entidad |                   | Código Sucursal  |                  | Dígito Control       |                      | Número de cuenta |         |         |
| Entidad: .....   |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| Domicilio: .....   |                   |                |                   |  |                  |                      |                      |                  |         |         |
| Localidad: .....   |                   |                |                   |  | Provincia: ..... |                      | Código Postal: ..... |                  |         |         |

|  |  |  |                      |                 |
|--|--|--|----------------------|-----------------|
| <b>3</b>   | <b>INSCRIPCIÓN BÁSICA</b>                                      |  |                      |                 |
| <b>3.1</b>   | <b>FORMACIÓN Y EXPERIENCIA EN MEDIACIÓN FAMILIAR</b>           |  |                      |                 |
| <b>a. Titulación</b> .....   |  |  |                      |                 |
| <b>b. Colegiado/a:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: N° de colegiado/a: .....  |  |  |                      |                 |
| Colegio Profesional al que pertenece .....   |  |  |                      |                 |
| <b>c. Formación específica en materia de mediación familiar acreditativa del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 5.2 y en la disposición transitoria única del Decreto 37/2012, de 21 de febrero.</b> |  |  |                      |                 |
| Supuesto que se acredita:  |  |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Requisitos establecidos en el artículo 5.2 del Decreto 37/2012, de 21 de febrero.   |  |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Requisitos establecidos en la disposición transitoria única (sólo válido durante el primer año desde la entrada en vigor del Decreto).  |  |  |                      |                 |
|  | Denominación   | N° de horas teóricas (T) y prácticas (P) | Entidad organizadora | Fecha del curso |
|  |  | T:                                       |                      |                 |
|  |  | P:                                       |                      |                 |
|  |  | T:                                       |                      |                 |
|  |  | P:                                       |                      |                 |
|  |  | T:                                       |                      |                 |
|  |  | P:                                       |                      |                 |
| <b>d. Experiencia en materia de mediación familiar (Disposición transitoria única del Decreto 37/2012, de 21 de febrero, modificado por el Decreto 65/2017, de 23 de mayo)</b>   |  |  |                      |                 |
|  | N° Años  | Organismo/Entidad                        |                      |                 |
|  |  |  |                      |                 |
|  |  |  |                      |                 |
|  |  |  |                      |                 |
| <b>3.2</b>   | <b>FORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>                                |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Formación específica en materia de género   |  |  |                      |                 |
|  | Denominación   | N° de horas                              | Entidad organizadora | Fecha del curso |
|  |  |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Formación que capacite llevar a cabo el proceso de mediación en lengua de signos.   |  |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Formación que capacite llevar a cabo el proceso de mediación en algún/os idioma/s extranjeros. Indicar cuál/es .....  |  |  |                      |                 |
| <b>4</b>   | <b>PRÓRROGA DE LA INSCRIPCIÓN</b>                              |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Formación continua de carácter quinquenal. Fecha de inscripción/última prórroga .....   |  |  |                      |                 |
| (la formación en materia de mediación familiar debe haberse realizado en los 5 años siguientes a esta fecha).  |  |  |                      |                 |
| familiar debe haberse realizado en los tres años siguientes a esta fecha).   |  |  |                      |                 |
|  | Denominación   | N° de horas                              | Entidad organizadora | Fecha del curso |
|  |  |  |                      |                 |
|  |  |  |                      |                 |
|  |  |  |                      |                 |
| <b>5</b>   | <b>MODIFICACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN BÁSICA</b>                   |  |                      |                 |
| En este supuesto se deberán cumplimentar además de los datos de la persona solicitante aquellos datos a los que afecte la modificación.  |  |  |                      |                 |
| <b>Tipos de datos que se modifican.</b>  |  |  |                      |                 |
| 5.1 Titulación. 5.2 Colegiación. 5.3 Direcciones o domicilios profesionales. 5.4 Adscripción al sistema de turnos de mediación familiar gratuita.  |  |  |                      |                 |
| <b>5.1</b>   | <b>MODIFICACIÓN DE LA TITULACIÓN INSCRITA</b>                  |  |                      |                 |
| Nueva titulación que sustituye a la inscrita (1) .....   |  |  |                      |                 |
| (1) La titulación que se incluya en este apartado sustituirá a la existente, figurando la persona inscrita en el listado únicamente con la titulación que se refiera en este apartado.                                       |  |  |                      |                 |
| <b>5.2</b>   | <b>MODIFICACIÓN DE LA COLEGIACIÓN. Señalar lo que proceda.</b> |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Baja en la colegiación.   |  |  |                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Alta en la colegiación.   |  |  |                      |                 |
| En este caso: N° de colegiado/a  |  | Colegio Profesional al que pertenece     |                      |                 |

002068/5D

**5.3 MODIFICACIÓN DE LAS DIRECCIONES O DOMICILIOS PROFESIONALES**

**Tipo de modificación del domicilio profesional solicitada**

- Sustitución de un domicilio profesional por otro<sup>1</sup>
- Variación de alguno de los datos referidos a un mismo domicilio profesional<sup>1</sup>
- Nueva inscripción de un domicilio profesional<sup>2</sup>.
- Baja de domicilio profesional<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> En el supuesto de que la modificación afecte a un domicilio profesional ya inscrito previamente se deberán cumplimentar tantos los datos referentes al domicilio profesional que se modifican (apartado a) como los nuevos datos que sustituyen a los anteriores (apartado b).

<sup>2</sup> En el caso de que se inscriba un nuevo domicilio profesional manteniendo otro/s ya inscrito/s previamente, será suficiente con cumplimentar el apartado b.

<sup>3</sup> En el supuesto de que solicite la baja de un domicilio profesional ya inscrito, será suficiente con cumplimentar el apartado a.

**a) Datos referentes al domicilio profesional que se modifica.**

|              |                   |         |        |           |         |         |
|--------------|-------------------|---------|--------|-----------|---------|---------|
| TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: |
|--------------|-------------------|---------|--------|-----------|---------|---------|

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| MUNICIPIO: | PROVINCIA: | C. POSTAL: |
|------------|------------|------------|

FACILITA EL ACCESO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O MOVILIDAD REDUCIDA:  
 SÍ  NO

**b) Datos referentes al nuevo domicilio profesional.**

|              |                   |         |        |           |         |         |
|--------------|-------------------|---------|--------|-----------|---------|---------|
| TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: |
|--------------|-------------------|---------|--------|-----------|---------|---------|

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| MUNICIPIO: | PROVINCIA: | C. POSTAL: |
|------------|------------|------------|

FACILITA EL ACCESO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O MOVILIDAD REDUCIDA:  
 SÍ  NO

**5.4 MODIFICACIÓN DE LA ADSCRIPCIÓN AL SISTEMA DE TURNOS**

- Baja en la adscripción al sistema de turnos.
- Alta en la adscripción al sistema de turnos. En este caso consignar los datos bancarios (apartado 2 de la solicitud)

**6 ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO EXPRESO**

**ACEPTO** lo establecido en la Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía y en el Decreto 37/2012, de 21 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de dicha Ley, modificado por el Decreto 65/2017, de 23 de mayo, así como lo dispuesto en la Orden de 16 de mayo de 2013 por la que se aprueban los modelos de solicitud de inscripción básica, modificación, prórroga y cancelación en el Registro de Mediación Familiar de Andalucía, de designación de persona mediadora y de mediación familiar gratuita y el documento de aceptación del proceso de mediación y demás disposiciones de pertinente aplicación.

- Doy mi consentimiento expreso para la consulta de datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad (Sólo válido para personas de nacionalidad española).

Nota: En caso de no prestar su consentimiento para la consulta de sus datos de identidad deberá aportar fotocopia autenticada del D.N.I

- Autorizo al órgano de tramitación a consultar a los órganos competentes con respecto a las obligaciones tributarias de estar o no al corriente con la Comunidad Autónoma de Andalucía y así como con el Estado, de estar dado de alta en el Impuesto de Actividades Económicas y de hallarse ala corriente en el cumplimiento de sus obligaciones con la Seguridad Social.

**El/la solicitante**

Firma: .....

**7 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA**

**(Todas las copias que se aporten de la documentación requerida deberán ser auténticas o estar autenticadas)**

**7.1 DOCUMENTACIÓN COMÚN A ACOMPAÑAR A TODAS LAS SOLICITUDES**

- Documento Nacional de Identidad en vigor de la persona solicitante, en caso de no prestar su consentimiento expreso para que la Administración pueda consultar sus datos de identidad.
- En el supuesto de no tener la nacionalidad española, documento acreditativo de la identificación personal en vigor.

**7.2 DOCUMENTACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN BÁSICA**

- Título académico, conforme a los establecido en el artículo 13.1 de la Ley 1/2009, de 27 de febrero.
- Documentación acreditativa de la formación en Mediación Familiar: certificado, diploma o documento acreditativo de la asistencia y, en su caso, aprovechamiento, en el que conste el programa completo, así como el número de horas teóricas y prácticas del curso de mediación familiar realizado.
- Documentación acreditativa de la experiencia en Mediación Familiar (personas que se acojan a algunos de los supuestos establecidos en la disposición transitoria única del Decreto 37/2012, de 21 de febrero). Certificaciones expedidas por las Administraciones Públicas o Entidades Privadas correspondientes, de haber ejercido, en el periodo alegado, funciones de mediación familiar, así como copia de los contratos laborales.
- Certificación de vida laboral expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social.

002068/5D

|   |  |
|---|--|
| <b>7.2</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN BÁSICA (continuación)</b>     |
| <input type="checkbox"/> Declaración responsable de estar al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias y de la Seguridad Social y del compromiso del mantenimiento de dicho cumplimiento durante el tiempo que ejerza su actividad.  |  |
| <input type="checkbox"/> Copia de la póliza en vigor del Seguro de responsabilidad civil profesional suscrita por la persona mediadora.   |  |
| <input type="checkbox"/> Otra/s (indicar, en su caso, documentación específica) .....   |  |
| <b>7.3</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN PARA LA PRÓRROGA DE LA INSCRIPCIÓN</b>            |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de los cursos realizados de, al menos 20 horas acumuladas, de formación en materia de mediación familiar realizada durante los CINCO últimos años, a contar bien desde la fecha de inscripción en el Registro, o bien, desde la fecha en que se realizó la última prórroga. |  |
| <input type="checkbox"/> Declaración responsable de estar al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias y de la Seguridad Social y del compromiso del mantenimiento de dicho cumplimiento durante el tiempo que ejerza su actividad.  |  |
| <input type="checkbox"/> Copia de la póliza en vigor del Seguro de responsabilidad civil profesional suscrita por la persona mediadora.   |  |
| <b>7.4</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN BÁSICA</b> |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del tipo de modificación solicitada.  |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>8</b>   | <b>DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b> |
| <p><b>DECLARO</b> bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta. La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada conllevará la exclusión de la solicitud, sin perjuicio de la exigencia de cualquier otro tipo de responsabilidad en que se haya podido incurrir, y</p> |   |
| <p><b>SOLICITO</b> la inscripción arriba reseñada en el Registro de Mediación Familiar de Andalucía.</p>   |   |
| <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p>  |   |
| <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>   |   |

**ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN** .....

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

|   |
|---|
| <p><b>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaria General de Familias de la Consejería de Salud y Familias cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n - 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 la inscripción, modificación y cancelación de personas y equipos de personas mediadoras en el Registro de Mediación Familiar de Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar de Andalucía y la Orden de 16 de mayo de 2013, por la que se aprueban los modelos de solicitud de inscripción básica, modificación y cancelación en el Registro de Mediación Familiar de Andalucía, de designación de persona mediadora y de mediación familiar gratuita y el documento de aceptación del proceso de mediación.</p> <p>d) Puede usted 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> |
|---|

002068/5D