



MINISTERIO
DE JUSTICIA

Solicitud de suministro de información administrativa por parte de
personas afectadas por la sustracción de recién nacidos

1º Datos Generales:

- Datos de la persona afectada

Nombre:	
Primer Apellido:	
Segundo Apellido:	
D.N.I.:	Fecha de nacimiento:
Sexo:	Nacionalidad:
Nº de afiliación de la Seguridad Social:	
Nº de Tarjeta Sanitaria del Servicio de Salud:	
Servicio de Salud:	

Medio preferente de comunicación o domicilio
a efectos de comunicaciones:

- Domicilio Correo electrónico

Dirección:		Nº:	
Escalera:	Portal:	Piso:	Letra:
Población:		Provincia:	
Código Postal:			
Correo electrónico:			
Teléfono 1:		Teléfono 2:	

- Datos del representante

Nombre:
Primer Apellido:
Segundo Apellido:
D.N.I.:

Medio preferente de comunicación o domicilio
a efectos de comunicaciones:

- Domicilio Correo electrónico

Dirección:			Nº:
Escalera:	Portal:	Piso:	Letra:
Población:		Provincia:	
Código Postal:			
Correo electrónico:			
Teléfono 1:		Teléfono 2:	

Título Representación:

- Poder notarial
 Representación otorgada ante el Servicio de Información

• Relación del o la solicitante con la persona buscada

Tipo de relación:

- Hijo/a que busca a sus padres biológicos
 Madre que busca a su hijo/a biológico
 Padre que busca a su hijo/a biológico
 Hermano/a que busca a su hermano/a biológico
 Otros:

2º Parto / nacimiento / aborto: datos y documentos médicos relativos al mismo

- Parto / nacimiento / aborto: datos y documentos médicos relativos al mismo

• Tipo de nacimiento según información médica facilitada

- Parto recién nacido vivo
 Parto recién nacido fallecido
 Aborto prematuro

• Fecha de nacimiento:

- Localidad de nacimiento:
.....

- Tipo de centro médico u hospitalario o lugar donde se produjo el nacimiento:
 - Hospital Clínica Centro Penitenciario
 Nombre del centro médico:
.....

- ¿El nacimiento / parto / aborto fue o no múltiple?
 - Sí No

- Personal sanitario que atendió el mismo:
.....
.....

- Lugar de entierro:
 - Cementerio
 - Otros:
 Localidad y nombre del lugar de entierro:
.....

- Tipo de entierro
 - Nicho Tumba Fosa
 - Otros:

- ¿Ha habido exhumación?
 - Sí No

Si en la exhumación se tomaron muestras necesarias de los restos relativos al bebé / feto enterrado, detallar el tipo de muestra:

- Pinzas Pulsera
- Paño o ropas Material quirúrgico
- Otros:

- Documentos médicos que se aportan relativos al nacimiento / parto / aborto:
 - Certificado de nacimiento
 - Certificado de defunción
 - Certificado de salud de recién nacido
 - Certificado de alta hospitalaria

- Informes de alta de parto:

- Otros informes médicos relativos a la madre o al feto / nacido:
.....
.....

3º Datos y documentos de carácter legal-judicial:

- Si ha presentado denuncia en Fiscalía en relación con los hechos, detallar el número de:
 - Decreto de incoación (nº:))
 - Decreto de archivo (nº:))
- Documentación que se aporta:
-

- Si existen Diligencias Judiciales por los hechos denunciados indicar:

- Órgano judicial:

- Diligencias o procedimiento:.....

- Estado procesal:

En trámite

Archivado

Documentación que se aporta:

Solicito al Ministerio de Justicia que sobre los datos y documentos aportados y los informes técnicos emitidos a la vista de éstos, remita la información y documentación administrativas de que disponga relativas al nacimiento / parto / aborto referido.

Cláusula de Consentimiento

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos que facilite en el presente formulario, los resultantes de la documentación que aporte con el mismo así como los que resulten de las comunicaciones de datos a las que inmediatamente se hará referencia pasarán a formar parte del fichero de «solicitudes de suministro de información administrativa por parte de personas afectadas por la sustracción de recién nacidos», del que es responsable la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia, con la finalidad de recabar la información que resulte necesaria para la atención de su solicitud y la emisión de un informe en que se le comunique el resultado de las informaciones obtenidas en relación con la misma.

Asimismo, y con la finalidad de permitir la elaboración de dicho informe, usted presta su consentimiento para que por parte del Ministerio de Justicia, siempre que se cumplan las condiciones legales para hacerlo:

- Se soliciten y obtengan del Registro Civil los datos y documentos relacionados con el nacimiento y filiación a los que se refiere la solicitud, en los términos en que conste en el mismo.
- Se recabe de los centros sanitarios públicos o privados, a través de la Administración sanitaria que resulte competente, la documentación sanitaria relacionada con el nacimiento al que se refiere la solicitud.
- Se obtenga del Ministerio Fiscal o, en su caso, de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad competentes información acerca de la existencia de una investigación policial acerca de los hechos a los que se refiere la solicitud y si los mismos han sido o no comunicados a la autoridad judicial que resultase competente.
- Se soliciten datos de cualquier otra Administración Pública, instituciones religiosas, entidades, corporaciones, personas físicas o jurídicas que pudieran disponer de información y documentación relacionada con su origen, identidad y familia biológica.

En todo caso usted podrá en cualquier momento revocar el consentimiento prestado por medio del presente formulario, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con sus datos personales, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, ante la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia, c/ San Bernardo 45, 28003 Madrid. No obstante, se le advierte de que los datos obtenidos o los que resulten de las eventuales averiguaciones o investigaciones podrán constituir un principio de prueba de las posibles demandas de reclamación o impugnación de la filiación que puedan ejercitarse, en su caso, ante los Juzgados y Tribunales.

Confirmando que he leído y comprendido perfectamente los términos de este consentimiento.

 a  de  AGE

Firma del afectado/a