

## FORMULARIO B

SOLICITUD DE INTERVENCIÓN A LOS ESE POR OTROS ORGANISMOS.

### 1 - DATOS DEL ORGANISMO SOLICITANTE

- Fecha de Solicitud: .....
- Equipo y/u Organismo Solicitante: .....
- Dirección: .....
- Localidad: .....
- Teléfonos: .....
- E-mail: .....
- Equipo de trabajo del Organismo Solicitante:  
.....  
.....  
.....
- Referentes Territoriales:  
.....  
.....  
.....
- Otro (indicar cargo y/o actividad)  
.....  
.....  
.....

### 2 - DATOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

- Apellido y Nombre: .....
- D.N.I.: .....
- Fecha de Nacimiento: .....
- Domicilio: .....
- Teléfono: .....
- E-mail: .....

**2.1) Centro de Vida: Grupo familiar y/o referente del alumno/a.**

| Nombre y Apellido | DNI | Edad | Parentesco o Vínculo | Conviviente o no | Teléfonos de contacto | Otros Datos |
|-------------------|-----|------|----------------------|------------------|-----------------------|-------------|
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |
|                   |     |      |                      |                  |                       |             |

**2.2) Red territorial con la cual se vincula el niño, la niña, adolescente, grupo familiar e institución educativa.**

Establecimiento Educativo: .....

Asistencia: ☐ Regular ☐ Intermitente ☐ No asiste

Número: .....

Nombre: .....

Curso: .....

Dirección: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

E-mail: .....

Efactor de Salud: .....

Vinculado: Sí ☐ No ☐

Nombre del Centro de Salud: .....

Profesional actuante: .....

Dirección: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

E-mail: .....

### 3 - MARCO JURÍDICO – MEDIDAS ADOPTADAS

3.1) Medida de protección excepcional/ urgente.

Sí ☐ No ☐ N° de Disposición ..... N° de Orden .....

3.2) Medida de Protección Integral.

Sí ☐ No ☐ Cuál/es?: .....

.....

.....

3.3) Otras medidas aplicadas.

Sí ☐ No ☐ Cuál/es?: .....

.....

3.4) Otras medidas solicitadas.

Sí ☐ No ☐ Cuál/es?: .....

.....

.....

### 4 - ACTORES INTERVINIENTES

☐ Servicio Local

☐ Salud Mental

☐ Socio Educativo

☐ Discapacidad

☐ Dirección Provincial de Niñez.

☐ Defensoría Provincial NNA

☐ MPA

☐ Juzgado de Menores/Familia

☐ Justicia Penal Juvenil

☐ Otros: .....

### 5 - MOTIVO DE INTERVENCIÓN (motivo de solicitud de intervención al ese).

.....

.....

.....

.....

*Firma, fecha y aclaración de los/las profesionales intervinientes*