

COMUNICACIÓN DE CIERRE DE UN CENTRO O CESE DE UN SERVICIO

Don/Doña: _____
(Titular ó representante legal)

Con DNI: _____

En su propio nombre y representación

Como representante de la Entidad: _____

(Nombre completo de la Entidad)

Domiciliado en: _____ C.P. _____
(Domicilio de la Entidad ó Persona física)

Municipio: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ e-mail _____

Con C.I.F. / D.N.I. nº: _____

En virtud del Decreto 40/08, de 17 de abril, por el que se regulan la Autorización, la Acreditación, el Registro y la Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria. (B.O.C. nº 83, de 29 de abril de 2008).

COMUNICA:

Cierre de un centro: temporal definitivo

Cese de un servicio: temporal definitivo

Datos del Centro / Servicio

Nombre: _____
(Conforme a la inscripción registral)

Domicilio: _____

Santander, de de 20

Fdo.:

SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE POLÍTICAS SOCIALES

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA COMUNICACIÓN

MEMORIA EXPLICATIVA DE LAS CAUSAS QUE PROPICIAN EL CESE Ó CIERRE, CON ESPECIFICACIÓN DE LAS FASES PREVISTAS PARA EL PROCESO.

MEMORIA EXPLICATIVA DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN LAS PERSONAS USUARIAS AFECTADAS Y PROPUESTAS ALTERNATIVAS PARA SU ATENCIÓN.



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE EMPLEO Y
POLÍTICAS SOCIALES

Dirección General de Políticas Sociales

