

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO PARA LA ENTRADA EN FUNCIONAMIENTO
DE LAS PLAZAS INCREMENTADAS EN CASO DE AUMENTO DE LA CAPACIDAD ASISTENCIAL**

Don/Doña*: _____
(Titular o representante legal)

Con DNI, número*: _____

En su propio nombre y representación

Como representante de la Entidad: _____

(Nombre completo de la Entidad)

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

Municipio*: _____ Teléfono*: _____

Fax: _____ e-mail _____

Con C.I.F. / D.N.I. nº*: _____

SOLICITA:

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).

Autorización de Funcionamiento **para la ENTRADA EN FUNCIONAMIENTO DE LAS PLAZAS INCREMENTADAS**

Centro para el que se solicita la Autorización

Tipo de centro*: _____
(Conforme tipología recogida en el Art. 3 del Decreto 40/08, de 17 de abril)

Nombre del centro*: _____

Domicilio *: _____

C. P. *: _____ Localidad*: _____

Número total de plazas actuales *: _____

Número de plazas nuevas solicitadas*: _____

Plazas totales*: _____ Plazas para personas dependientes*: _____

*Campo obligatorio

Santander..... de..... de 20

Fdo.:

SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE POLÍTICAS SOCIALES

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

A- AUMENTO DE LA CAPACIDAD ASISTENCIAL (PARA LA ENTRADA EN FUNCIONAMIENTO DE LAS PLAZAS INCREMENTADAS)

- SOLICITUD
- MEMORIA EXPLICATIVA CON LOS CAMBIOS FUNCIONALES QUE SE PRETENDE REALIZAR