

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO PARA LA REANUDACIÓN DE LA  
ACTIVIDAD EN CASO DE TRASLADO DEL CENTRO**

**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 REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR  
TRASLADO DEL CENTRO**

**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 actual\*:** \_\_\_\_\_

**C. P.\*:** \_\_\_\_\_ **Localidad\*:** \_\_\_\_\_

**Nuevo domicilio\*:** \_\_\_\_\_

**C. P.\*:** \_\_\_\_\_ **Localidad\*:** \_\_\_\_\_

\*Campo obligatorio

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

Fdo.: .....

**SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE POLÍTICAS SOCIALES**

## DOCUMENTACIÓN A APORTAR

### REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR TRASLADO DEL CENTRO

- SOLICITUD
- LICENCIA MUNICIPAL DE APERTURA, EN SU CASO, O DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PRODUCCIÓN DE SILENCIO ADMINISTRATIVO POSITIVO **(NO EXIGIBLE EN VIVIENDAS TUTELADAS NI EN VIVIENDAS NORMALIZADAS)**
- COPIA DEL REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR
- COPIA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
- DETERMINACIÓN DE LA PERSONA QUE EJERZA LA GESTIÓN, CUANDO SEA DISTINTA DE LA DEL TITULAR
- NOMBRE DEL DIRECTOR DEL CENTRO
- ALTA DEL TITULAR Ó DE LA EMPRESA GESTORA EN LA SEGURIDAD SOCIAL
- PROYECTO DE PLANTILLA DE PERSONAL CON ESPECIFICACIÓN DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL
- COPIA DEL PLAN DE AUTOPROTECCION, EN AQUELLOS CASOS EN QUE SEA EXIGIBLE POR LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN CIVIL
- DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL ABONO DE LA TASA