



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE EMPLEO Y  
POLÍTICAS SOCIALES



Dirección General de Políticas Sociales

**SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES  
DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

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: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

(Domicilio de la Entidad o Persona física)

Municipio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Con CIF/ DNI nº: \_\_\_\_\_

**SOLICITA:**

En virtud del Decreto 40/2008 de 17 de Abril, por el que se regula la Autorización, la Acreditación, el Registro y la Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria (BOC, nº 83, de 29 de abril de 2008) y la Orden UMA/12/2019, de 14 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia, Acreditación/Renovación (Táchese lo que no proceda) para el Centro:

Tipología de Centro \_\_\_\_\_

(Conforme tipología recogida en el reverso)

Nombre del Centro \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

El abajo firmante declara bajo su responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud

Santander, a..... de ..... de 20...

Fdo.: .....

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

### **PERSONAS MAYORES**

- RESIDENCIA
- UNIDAD CONVIVENCIA
- CENTRO DE DIA
- CENTRO DE NOCHE
- VIVENDA TUTELADA (CON NOCHE)

### **PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA**

- RESIDENCIA 24 HORAS
- UNIDAD DE CONVIVENCIA
- RESIDENCIA ATENCIÓN BÁSICA
- VIVENDA TUTELADA (CON NOCHE)
- CENTRO DE DÍA
- CENTRO DE NOCHE

### **PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

- RESIDENCIA 24 HORAS
- UNIDAD DE CONVIVENCIA
- RESIDENCIA ATENCIÓN BÁSICA
- VIVENDA TUTLADA (CON NOCHE)
- CENTRO DE DIA
- CENTRO OCUPACIONAL

### **PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL**

- RESIDENCIA 24 HORAS (UNIDADES REGIMEN CERRADO) TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA.
- RESIDENCIA 24 HORAS (UNIDADES RÉGIMEN CERRADO) CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS JUDICIALES O TRATAMIENTOS ESPECIFICOS QUE REQUIERA AUTORIZACIÓN JUDICIAL
- RESIDENCIA 24 HORAS (UNIDADES DE REGIMEN ABIERTO). TRASTORNO MENTAL GRAVE CON ALTOS CUIDADOS.
- RESIDENCIA 24 HORAS (UNIDADES REGIMEN AIBERTO). UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA.
- RESIDENCIA 24 HORAS. TRASTORNO MENTAL GRAVE EN SITUACIÓN ESTABLE.
- UNIDAD DE CONVIVENCIA.
- RESIDENCIA ATENCIÓN BASICA.
- VIVIENDA TUTELADA (CON NOCHE)
- CENTRO OCUPACIONAL
- CENTRO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL