

Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
Oficina de Licencias de Cuidado Infantil

CAMBIOS EN EL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del proveedor: _____ N.º de proveedor: PV _____

Nombre del centro: _____ Teléfono del centro: _____

Fecha de entrada en vigor del cambio: _____ Correo electrónico: _____

Tipo de cambio: (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|---------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nombre del director | Nombre del | <input type="checkbox"/> | centro |
| <input type="checkbox"/> | Edades de los niños cuidados | Número | <input type="checkbox"/> | de teléfono o correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> | Número de niños | Días/horas de | <input type="checkbox"/> | funcionamiento |

Seleccione el/los cambio(s) solicitado(s)

ANTERIOR:

NUEVO:

Seleccione el/los cambio(s) solicitado(s)	ANTERIOR:	NUEVO:
Cambio de nombre de director o centro		
Cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico		
Cambio de edades		
Cambio del número de niños		
Número de niños menores de 2 años		
Cambio de días/horario de funcionamiento		

Si su centro se está reubicando o cambiando el estado del registro, debe enviar los formularios de Cambio de dirección/estado, NO este formulario.

A mi leal saber y entender, toda la información que he proporcionado al Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos y/o a sus agentes autorizados en este formulario es verdadera y correcta. Proporcionaré la información verdadera y correcta que se solicite durante todos los contactos posteriores.

Firma

Fecha

