

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

MOTIVO CATEGORIZACIÓN RECATEGORIZACIÓN (*) MODIFICACIÓN DE CUPO

(*) En caso de solicitar recategorización deberá indicar:

AUTORIDAD QUE LO CATEGORIZÓ	
FECHA DE CATEGORIZACIÓN	
RESTAPCIÓN CATEGORIZADA	
CATEGORÍA OTORGADA	

RAZON SOCIAL:

DOMICILIO LEGAL:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:

E-MAIL:

REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO A CATEGORIZAR

DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:

DIRECTOR RESPONSABLE (deberá indicarse en cada prestación por separado)

PRESTACIÓN		DIRECTOR
<input type="checkbox"/>	CENTRO DE DÍA	
<input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO	
<input type="checkbox"/>	ESTIMULACIÓN TEMPRANA	
<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN INICIAL	
	EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA	
	APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	
	FORMACIÓN LABORAL y/o REHABILITACIÓN PROFESIONAL	
<input type="checkbox"/>	HOGAR	
<input type="checkbox"/>	HOGAR CON CENTRO DE DÍA	
<input type="checkbox"/>	HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO	
<input type="checkbox"/>	HOGAR CON EDUCACIÓN INICIAL	
<input type="checkbox"/>	HOGAR CON EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA	
<input type="checkbox"/>	HOGAR CON FORMACIÓN LABORAL	
<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	
<input type="checkbox"/>	PEQUEÑO HOGAR	

MODALIDADES SOLICITADAS

JORNADA SIMPLE JORNADA DOBLE JORNADA REDUCIDA
ALOJAMIENTO LUNES A VIERNES ALOJAMIENTO PERMANENTE ALOJAMIENTO FIN DE SEMANA

--	--	--

Fecha

Firma, sello y cargo del Representante Institucional