

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

COMUNICACIÓN PREVIA DE CONSTRUCCIÓN. (Código procedimiento: 16149)

Con financiación, total o parcial, mediante ayudas o subvenciones públicas. (Artículo 8 Decreto 187 / 2018 de 2 de octubre...)

1 DATOS DEL SERVICIO O CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES							
DENOMINACIÓN:				POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:		TIPOLOGÍA:	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

2 DATOS DE LA ENTIDAD TITULAR							
APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD TITULAR:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

3 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

4 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (cumplimentar únicamente en el caso de que sea distinto al señalado en el apartado anterior)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PAÍS:		PROVINCIA:	C. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:				Nº teléfono móvil:			



002900D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 4)

ANEXO I

5 DESCRIPCIÓN Y OFERTA ASISTENCIAL DEL SERVICIO O CENTRO PROYECTADO							
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO O CENTRO (NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL):						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:			TIPOLOGÍA DE SERVICIO O CENTRO:		NÚMERO TOTAL DE PLAZAS PREVISTAS:		
CARTERA DE SERVICIOS (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS A OFERTAR):							
RESEÑAR PROTOCOLOS, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PREVISTOS:							
PROYECTO DE PLANTILLA:							
TITULACIÓN		Nº PROFESIONALES	JORNADA (COMPLETA/PARCIAL) *		TIPO DE CONTRATO		
(*) En caso de que la jornada sea a tiempo parcial, especificar la duración (horas/día, días de la semana, etc.)							
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, URBANÍSTICAS, ARQUITECTÓNICAS Y DE LAS INSTALACIONES: (se deberán adjuntar planos del inmueble, levantados por técnicos competente, a escala expresivos de distribución y dimensiones de las distintas dependencias del centro donde se ubique el servicio, y de su equipamiento e instalaciones)							

002900D

00143988

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 4)

ANEXO I

6	INFORMACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA
EXPONER LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN, CON INCLUSIÓN DE LAS SUBVENCIONES Y AYUDAS PÚBLICAS, PROGRAMACIÓN Y PLAN ECONÓMICO PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INMUEBLE PROYECTADO:	

7	AUTORIZACIONES																								
7.1	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA																								
<input type="checkbox"/> Ejercicio del derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Consejería/Agencia y Órgano</th> <th>Fecha de emisión o presentación</th> <th>Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó	1				2				3				4				5			
Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó																						
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
7.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES																								
<input type="checkbox"/> Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, o la información contenida en el mismo, disponible en soporte electrónico:																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Consejería/Agencia y Órgano</th> <th>Fecha de emisión o presentación</th> <th>Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó	1				2				3				4				5			
Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó																						
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
7.3	<input type="checkbox"/> No ejerzo el derecho a no presentar el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, ni autorizo a que el órgano gestor lo pueda recabar de otras administraciones públicas y aporfo copia de dicho documento.																								

0029000

8	CONSENTIMIENTOS
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA TITULAR DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA COMUNICACIÓN.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD TITULAR	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE.	

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 4)

ANEXO I

9 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante, en calidad de representante legal de la entidad titular del servicio o centro objeto de la presente comunicación, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 83.4 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía y en el artículo 8 del Decreto 187/2018, de 2 de octubre de 2018, por el que se aprueba el Reglamento de comunicación, autorización y acreditación administrativas en el ámbito de los servicios sociales de Andalucía, y del Registro de entidades, centros y servicios sociales,

COMUNICO que son ciertos cuantos datos figuran en la presente comunicación.

En a de de
LA PERSONA TITULAR / REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

ILMO/A. SR/A.

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es el órgano directivo competente en el sector de atención al que se dirige la comunicación, cuya dirección es Avda. Hytasa, 14 -41071 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cips@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la comunicación previa de construcción, cuya base jurídica es el artículo 83.4 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

002900D

00143988



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

COMUNICACIÓN (Código procedimiento: 16150)

- PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE SERVICIO O CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES.
- DE MODIFICACIONES SUSTANCIALES.
- DE TRASLADO.
- DE CAMBIO DE TIPOLOGÍA.

(Artículo 9 Decreto 187 / 2018 de 2 de octubre)

1 DATOS DEL SERVICIO O CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES							
DENOMINACIÓN:				POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:		TIPOLOGÍA:	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

2 DATOS DE LA ENTIDAD TITULAR							
APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD TITULAR:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

3 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

4 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (cumplimentar únicamente en el caso de que sea distinto al señalado en el apartado anterior)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PAÍS:	PROVINCIA:	C. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:						Nº teléfono móvil:	



002900/A01D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 6)

ANEXO II

5	ACTUACIÓN QUE SE COMUNICA (señale lo que proceda)
<input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO. <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN SUSTANCIAL ESTRUCTURA FÍSICA. <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN SUSTANCIAL ESTRUCTURA FUNCIONAL. <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN DE TRASLADO. <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE TIPOLOGÍA.	
FECHA DE EFECTOS DE LA ACTUACIÓN COMUNICADA:	

6		COMUNICACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO O CENTRO					
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO O CENTRO (NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL):						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	COD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:			TIPOLOGÍA DE SERVICIO O CENTRO:		NÚMERO TOTAL DE PLAZAS PREVISTAS:		
CARTERA DE SERVICIOS (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS A OFERTAR):							
RESEÑAR PROTOCOLOS, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PREVISTOS:							
PROYECTO DE PLANTILLA:							
TITULACIÓN		Nº PROFESIONALES	JORNADA (COMPLETA/PARCIAL) *			TIPO DE CONTRATO	
(*) En caso de que la jornada sea a tiempo parcial, especificar la duración (horas/día, días de la semana, etc.)							

002900/A01D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 6)

ANEXO II

6	COMUNICACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO O CENTRO (Continuación)
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, URBANÍSTICAS, ARQUITECTÓNICAS Y DE LAS INSTALACIONES DISPONIBLES: (indicar superficie y altura de dependencias)	
DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL DE EQUIPAMIENTO Y DECORACIÓN: TIPOLOGÍA, CUANTIFICACIÓN Y DOTACIÓN MÍNIMA, CARACTERÍSTICAS, ESPECIFICACIONES Y CALIDADES:	
MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS (indicar la normativa de protección contra incendios exigible)	

002900/A01D

00143988

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 6)

ANEXO II

7	COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTE A LA ESTRUCTURA FÍSICA
MODIFICACIÓN DE SUPERFICIES: Descripción de los cambios en el equipamiento, instalaciones y condiciones materiales afectadas por la obra a realizar.	
MODIFICACIÓN DE USOS: Descripción de los cambios en el equipamiento, instalaciones y condiciones materiales afectadas por la modificación.	
OTRAS MODIFICACIONES: Descripción de las adaptaciones de equipamiento, instalaciones, superficies y condiciones materiales que implica la modificación.	

8	COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTE A LA ESTRUCTURA FUNCIONAL		
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE TIPO DE PERSONAS USUARIAS. Indicar:		<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN (núm. plazas incrementadas) Total núm. de plazas resultantes en el centro:	
<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS TOTALES		<input type="checkbox"/> REDUCCIÓN (núm. plazas reducidas) Total núm. de plazas resultantes en el centro:	
ADAPTACIONES EN LA PLANTILLA DE PERSONAL QUE IMPLICA LA MODIFICACIÓN:			
TITULACIÓN	Nº PROFESIONALES	JORNADA (COMPLETA/PARCIAL) *	TIPO DE CONTRATO
(*) En caso de que la jornada sea a tiempo parcial, especificar la duración (horas/día, días de la semana, etc.)			
ADAPTACIONES DE EQUIPAMIENTO, INSTALACIONES, SUPERFICIES Y CONDICIONES MATERIALES QUE IMPLICA LA MODIFICACIÓN:			

002900/A01D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 6)

ANEXO II

9 COMUNICACIÓN DE TRASLADO (nueva dirección y, en su caso, nuevos datos)							
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	
						COD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:			TIPOLOGÍA DE SERVICIO O CENTRO:			NUMERO TOTAL DE PLAZAS:	

10 COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE TIPOLOGÍA (DATOS DE LA NUEVA TIPOLOGÍA)		
POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:		TIPOLOGÍA DE SERVICIO O CENTRO:
		NUMERO TOTAL DE PLAZAS:
ADAPTACIONES DE EQUIPAMIENTO, INSTALACIONES, SUPERFICIES Y CONDICIONES MATERIALES QUE IMPLICA EL CAMBIO DE TIPOLOGÍA:		

11 AUTORIZACIONES			
11.1 AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA			
<input type="checkbox"/> Ejerzo el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:			
	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación
1			Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
2			
3			
4			
5			
11.2 AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES			
<input type="checkbox"/> Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, o la información contenida en el mismo, disponible en soporte electrónico:			
	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación
1			Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
2			
3			
4			
5			
11.3	<input type="checkbox"/> No ejerzo el derecho a no presentar el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, ni autorizo a que el órgano gestor lo pueda recabar de otras administraciones públicas y aporfo copia de dicho documento.		

002900/A01D

00143988



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

COMUNICACIÓN (Código procedimiento: 16151)

- DE MODIFICACIONES NO SUSTANCIALES DE SERVICIOS Y CENTROS.
 DE CAMBIO DE TITULARIDAD.
 DE CESE O CIERRE

(Artículos 10,11 y 12 Decreto 187 / 2018 de 2 de octubre)

1 DATOS DEL SERVICIO O CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES							
DENOMINACIÓN:				POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:		TIPOLOGÍA:	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

2 DATOS DE LA ENTIDAD TITULAR							
APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD TITULAR:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

3 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

4 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (cumplimentar únicamente en el caso de que sea distinto al señalado en el apartado anterior)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PAÍS:	PROVINCIA:	C. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:				Nº teléfono móvil:			



002900/A02D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 4)

ANEXO III

5	ACTUACIÓN QUE SE COMUNICA (señale lo que proceda)
<input type="checkbox"/>	COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL.
<input type="checkbox"/>	COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE TITULARIDAD.
<input type="checkbox"/>	COMUNICACIÓN DE CESE O CIERRE.
FECHA DE EFECTOS DE LA ACTUACIÓN COMUNICADA:	

6	COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL
6.1	MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL RELATIVA A LA ESTRUCTURA FÍSICA: Descripción de la modificación con indicación expresa de que ésta no introduce cambios en la estructura, ampliación o reformas del inmueble que conlleve cambios en la distribución que implique obra que afecte a las condiciones de seguridad o solidez del edificio o local, o la ampliación o reducción de su superficie.
6.2	MODIFICACIÓN NO SUSTANCIAL RELATIVA A LA ESTRUCTURA FUNCIONAL: Descripción de la modificación con indicación expresa de que ésta no afecta al régimen básico del funcionamiento del servicio o centro, variaciones en su capacidad asistencial, variaciones en la oferta asistencial, o de su adecuación para el uso al que se destine.

7	COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE TITULARIDAD (Datos nuevo titular)						
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DENOMINACIÓN:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:			TIPOLOGÍA DE SERVICIO O CENTRO:			NÚMERO TOTAL DE PLAZAS PREVISTAS:	
Expresamente se comunica que el cambio de titularidad no conlleva modificaciones sustanciales en el servicio o centro de servicios sociales o, en su caso, en la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio, y que la nueva entidad titular se subroga en cuantas obligaciones y compromisos estén pendientes con la Administración, una vez aceptada la subrogación de acuerdo con la normativa reguladora de los conciertos o de la concesión de subvenciones o ayudas. Se deberá aportar el documento que acredite el cambio de titularidad.							
SEÑALAR SI EL SERVICIO O CENTRO ESTÁ CONCERTADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
SEÑALAR SI HAN RECIBIDO AYUDA O SUBVENCIONES PÚBLICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN O EQUIPAMIENTO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							

002900/A02D

00143988

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 4)

ANEXO III

8	COMUNICACIÓN DE CESE DE LA ACTIVIDAD O CIERRE DEL CENTRO		
<input type="checkbox"/>	TEMPORAL	FECHA DE INICIO:	FECHA DE FINALIZACIÓN:
<input type="checkbox"/>	DEFINITIVO	FECHA PREVISTA DEL CESE O CIERRE:	
DESCRIBIR EL PLAN DE ACTUACIÓN CON LAS FASES PREVISTAS PARA EL CESE O CIERRE, INFORMANDO DE LAS MEDIDAS A LLEVAR A CABO EN RELACIÓN AL ESTADO Y SITUACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS AFECTADAS, Y DE PROPUESTAS ALTERNATIVAS, CON CALENDARIO DE MEDIDAS QUE GARANTICEN SU ATENCIÓN:			
SEÑALAR SI EL SERVICIO O CENTRO ESTÁ CONCERTADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
SEÑALAR SI HAN RECIBIDO AYUDA O SUBVENCIONES PÚBLICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN O EQUIPAMIENTO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
9	AUTORIZACIONES		
9.1	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA		
<input type="checkbox"/>	Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:		
	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación
	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó		
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....
9.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES		
<input type="checkbox"/>	Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, o la información contenida en el mismo, disponible en soporte electrónico:		
	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación
	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó		
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....
9.3	<input type="checkbox"/>	No ejerzo el derecho a no presentar el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, ni autorizo a que el órgano gestor lo pueda recabar de otras administraciones públicas y aporfo copia dicho documento.	
10	CONSENTIMIENTOS		
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA TITULAR DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA COMUNICACIÓN.			
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.			
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE.			
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD TITULAR			
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.			
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE.			

002900/A02D

00143988

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 4)

ANEXO III

11 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante, en calidad de representante legal de la entidad titular del servicio o centro objeto de la presente comunicación, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 83.4 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía y en los artículos 10, 11 y 12 del Decreto 187 /2018, de 2 de octubre de 2018, por el que se aprueba el Reglamento de comunicación, autorización y acreditación administrativas en el ámbito de los servicios sociales de Andalucía, y del Registro de entidades, centros y servicios sociales,

COMUNICA que son ciertos cuantos datos figuran en la presente comunicación, disponiendo de la documentación probatoria del cumplimiento de las circunstancias y hechos comunicados. Asimismo que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información de esta comunicación, así como la no presentación de la documentación probatoria que le sea, en su caso, requerida para acreditar el cumplimiento de la comunicación, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos.

En a de de
LA PERSONA TITULAR / REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

ILMO/A. SR/A.

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es el órgano directivo competente en el sector de atención al que se dirige la comunicación, cuya dirección es Avda. Hytasa, 14 -41071 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cips@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la comunicación que se realiza, cuya base jurídica es el artículo 83.4 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

002900/A02D

00143988

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA PARA: (Código procedimiento: 16153)

- CENTRO Puesta en funcionamiento.
 SERVICIO Modificación sustancial que afecte a la estructura física de las instalaciones.
 Modificación sustancial que afecte a la estructura funcional.

(Artículo 16 Decreto 187 / 2018 de 2 de octubre)

1 DATOS DEL SERVICIO O CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES							
DENOMINACIÓN:				POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:		TIPOLOGÍA:	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAIS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

2 DATOS DE LA ENTIDAD TITULAR							
APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD TITULAR:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAIS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

3 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

4 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (cumplimentar únicamente en el caso de que sea distinto al señalado en el apartado anterior)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PAIS:	PROVINCIA:	C. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:				Nº teléfono móvil:			



002900/A03D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 6)

ANEXO IV

5	ACTUACIÓN QUE SE COMUNICA (señale lo que proceda)
<input type="checkbox"/>	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO.
<input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTA A LA ESTRUCTURA FÍSICA.
<input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTA LA ESTRUCTURA FUNCIONAL.

6	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO O CENTRO						
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO O CENTRO (NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL):						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:			TIPOLOGÍA DE SERVICIO O CENTRO:		NÚMERO TOTAL DE PLAZAS PREVISTAS:		
TIPO DE PLAZAS		NÚMERO DE PLAZAS		TIPO DE PLAZAS		NÚMERO DE PLAZAS	
01. Personas válidas.				04. Personas gravemente afectadas.			
02. Personas asistidas.				05. Personas con discapacidad física y parálisis cerebral.			
03. Personas en situación de dependencia.				06. Personas con graves y continuados trastornos de conducta.			

7	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTE A LA ESTRUCTURA FÍSICA
7.1	MODIFICACIÓN DE SUPERFICIE: Descripción de los cambios en el equipamiento, instalaciones y condiciones materiales afectadas por la obra a realizar:
7.2	MODIFICACIÓN DE USOS: Descripción de los cambios en el equipamiento, instalaciones y condiciones materiales afectadas por la modificación:

002900/A03D

00143988

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 6)

ANEXO IV

7	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTE A LA ESTRUCTURA FÍSICA (Continuación)
7.3	OTRAS MODIFICACIONES: Descripción de las adaptaciones de equipamiento, instalaciones, superficies y condiciones materiales que implica la modificación:

8	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL QUE AFECTE A LA ESTRUCTURA FUNCIONAL		
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE TIPO DE PERSONAS USUARIAS		PLAZAS TOTALES:	
	TIPO DE PLAZAS	NÚMERO DE PLAZAS	NÚMERO DE PLAZAS
	01. Personas válidas.		04. Personas gravemente afectadas.
	02. Personas asistidas.		05. Personas con discapacidad física y parálisis cerebral.
	03. Personas en situación de dependencia.		06. Personas con graves y continuados trastornos de conducta.
<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS TOTALES		<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN	NÚMERO DE PLAZAS:
		<input type="checkbox"/> REDUCCIÓN	NÚMERO DE PLAZAS:
	TIPO DE PLAZAS	NÚMERO DE PLAZAS	NÚMERO DE PLAZAS
	01. Personas válidas.		04. Personas gravemente afectadas.
	02. Personas asistidas.		05. Personas con discapacidad física y parálisis cerebral.
	03. Personas en situación de dependencia.		06. Personas con graves y continuados trastornos de conducta.
ADAPTACIONES EN LA PLANTILLA DE PERSONAL QUE IMPLICA LA MODIFICACIÓN:			
NUEVA PLANTILLA RESULTANTE:			
	TITULACIÓN	Nº PROFESIONALES	JORNADA (COMPLETA/PARCIAL) *
			TIPO DE CONTRATO
(*) En caso de que la jornada sea a tiempo parcial, especificar la duración (horas/día, días de la semana, etc.)			
ADAPTACIONES DE EQUIPAMIENTO, INSTALACIONES, SUPERFICIES Y CONDICIONES MATERIALES QUE IMPLICA LA MODIFICACIÓN			

002900/A03D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 6)

ANEXO IV

9 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
TIPO DE DOCUMENTO		SE APORTA CON LA SOLICITUD
9.1	Certificación de la dirección técnica de las obras acreditando la finalización de las mismas, así como el cumplimiento de la normativa general y específica en materia de construcción, instalaciones, seguridad y requisitos materiales del centro construido, atendiendo al tipo de servicios sociales a prestar, cuando se hayan realizado obras de nueva planta o modificaciones de la estructura que requieran proyecto a tenor de las normas que rigen la edificación.	<input type="checkbox"/>
9.2	Planos del inmueble, levantados por técnico competente, a escala expresivos de la distribución y dimensiones de las distintas dependencias del centro donde se ubique el servicio, y de su equipamiento e instalaciones.	<input type="checkbox"/>
9.3	Memoria explicativa de la actividad a desarrollar, con su oferta asistencial, cumplimentada según el modelo normalizado del apartado 10 de esta solicitud.	<input type="checkbox"/>
9.4	Certificación de cumplimiento de las medidas de protección contra incendios, según modelo normalizado del apartado 11, y de disposición de Plan de Autoprotección ajustado a la normativa aplicable (para los servicios y centros que de acuerdo con el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, resulte exigible).	<input type="checkbox"/>
9.5	Estudio económico financiero, que exponga las fuentes de financiación, y el plan económico para su sostenimiento.	<input type="checkbox"/>
9.6	Documento acreditativo de la propiedad del inmueble o del derecho que se ostente sobre el mismo.	<input type="checkbox"/>
9.7	Autorización administrativa sanitaria (para los centros de atención a personas con problemas de adicciones que la requieran).	<input type="checkbox"/>

10 MODELO NORMALIZADO DE MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR POR EL CENTRO O SERVICIO	
10.1 DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CENTRO O SERVICIO:	
A) DENOMINACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO:	
B) ENTIDAD TITULAR:	
10.2 DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ACTIVIDAD:	
A) DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	
B) NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO O CENTRO PREVISTAS:	
C) CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS PERSONAS USUARIAS PREVISTAS:	
10.3 CARTERA DE SERVICIOS:	
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS:	
10.4 EQUIPAMIENTO:	
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO:	
10.5 OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN:	
A) OBJETIVOS GENERALES:	
B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	
C) SISTEMAS DE EJECUCIÓN Y CALIDAD:	
D) PROTOCOLOS:	
E) PROGRAMAS:	

002900/A03D

00143988

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 6)

ANEXO IV

10	MODELO NORMALIZADO DE MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR POR EL CENTRO O SERVICIO			
10.5	OBJETIVOS, METODOLOGIA Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN:			
F) PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN:				
10.6	PROYECTO DE PLANTILLA:			
	TITULACIÓN	Nº PROFESIONALES	JORNADA (COMPLETA/PARCIAL) *	TIPO DE CONTRATO
(*) En caso de que la jornada sea a tiempo parcial, especificar la duración (horas/día, días de la semana, etc.)				

11	MODELO NORMALIZADO DE CERTIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS	
11.1	DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CENTRO O SERVICIO:	
A) DENOMINACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO:		
B) ENTIDAD TITULAR:		
C) DIRECCIÓN:		
11.2	DATOS DEL TÉCNICO TITULADO FIRMANTE:	
A) APELLIDOS Y NOMBRE:		B) SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
C) TITULACIÓN:		
D) NÚMERO DE COLEGIADO:		
11.3	CERTIFICACIÓN:	
D./Dña.:, cuyos datos personales se relacionan en el apartado precedente, CERTIFICA que el Centro o Servicio referenciado cumple con la normativa vigente en materia de protección contra incendios, así como con la normativa sectorial municipal de protección de incendios que a continuación se relaciona:.....		
Asimismo, dispone de un Plan de Autoprotección ajustado a la normativa aplicable.		
En a de de		
Fecha y firma del técnico titulado.		
Fdo.:		

002900/A03D

12	AUTORIZACIONES			
12.1	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA			
<input type="checkbox"/> Ejero el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:				
	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 6)

ANEXO IV

12	AUTORIZACIONES (Continuación)																								
12.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES																								
<input type="checkbox"/>	Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, o la información contenida en el mismo, disponible en soporte electrónico:																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Consejería/Agencia y Órgano</th> <th>Fecha de emisión o presentación</th> <th>Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó	1				2				3				4				5			
Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó																						
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
12.3	<input type="checkbox"/> No ejerzo el derecho a no presentar el documento acreditativo de la representación legal que ostento como persona firmante de la presente comunicación, ni autorizo a que el órgano gestor lo pueda recabar de otras administraciones públicas y aporfo copia dicho documento.																								

13	CONSENTIMIENTOS
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA TITULAR DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA COMUNICACIÓN.	
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD TITULAR	
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE.

14	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>La persona abajo firmante, en calidad de representante legal de la entidad titular del servicio o centro objeto de la presente solicitud de autorización, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 83.1 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía y en los artículos 14 y 17 del Decreto 187/2018, de 2 de octubre de 2018, por el que se aprueba el Reglamento de comunicación, autorización y acreditación administrativas en el ámbito de los servicios sociales de Andalucía, y del Registro de entidades, centros y servicios sociales,</p> <p>DECLARA que el servicio o centro objeto de la presente solicitud cumple las condiciones materiales y funcionales exigibles por la normativa vigente, comprometiéndose a mantener su cumplimiento mientras ejerza la actividad para la que solicita autorización, siendo ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, disponiendo de la documentación probatoria del cumplimiento de las circunstancias y hechos contenidos en la solicitud. Asimismo que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información de esta solicitud, así como la no presentación de la documentación probatoria que le sea, en su caso, requerida para acreditar su veracidad, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA TITULAR / REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Fdo.:</p>	

ILMO/A. SR/A.

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:
a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es el órgano directivo competente en el sector de atención al que se dirige la solicitud, cuya dirección es Avda. Hytasa, 14 -41071 Sevilla.
b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cips@juntadeandalucia.es
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la solicitud de autorización administrativa que se realiza, cuya base jurídica es el artículo 83 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos

002900/A03D

00143988



(Página 1 de 4)

ANEXO V

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA: (Código procedimiento: 16157)

- SOLICITUD INICIAL
- SOLICITUD DE RENOVACION

(Artículo 25 y 29 Decreto 187 / 2018 de 2 de octubre...)

1 DATOS DEL SERVICIO O CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES							
DENOMINACIÓN:				POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:		TIPOLOGÍA:	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
2 DATOS DE LA ENTIDAD TITULAR							
APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD TITULAR:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
3 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
4 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (cumplimentar únicamente en el caso de que sea distinto al señalado en el apartado anterior)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PAÍS:	PROVINCIA:	C. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:				Nº teléfono móvil:			



002900/A04D

00143988



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 4)

ANEXO V

5 SOLICITUD INICIAL DE ACREDITACIÓN ADMINISTRATIVA DE UN SERVICIO O CENTRO							
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO O CENTRO (NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL):						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
POBLACIÓN DESTINATARIA A QUE SE DIRIGE:			TIPOLOGÍA DE SERVICIO O CENTRO:			NÚMERO TOTAL DE PLAZAS:	
FECHA DE LA RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA:				NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO:			
TIPO DE PLAZAS		NÚMERO DE PLAZAS		TIPO DE PLAZAS		NÚMERO DE PLAZAS	
01. Personas válidas.				04. Personas gravemente afectadas.			
02. Personas asistidas.				05. Personas con discapacidad física y parálisis cerebral.			
03. Personas en situación de dependencia.				06. Personas con graves y continuados trastornos de conducta.			

6 SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN			
INDICAR LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN VIGENTE:			
¿EL CENTRO SE ENCUENTRA ACREDITADO EN SU TOTALIDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NÚMERO DE PLAZAS ACREDITADAS:			
INDICAR SI EL SERVICIO O CENTRO SE ENCUENTRA CONCERTADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	INDICAR FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONCIERTO:		INDICAR NÚMERO DE PLAZAS CONCERTADAS:
OTRAS MODIFICACIONES: Descripción de las adaptaciones de equipamiento, instalaciones, superficies y condiciones materiales que implica la modificación:			

7 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
TIPO DE DOCUMENTO		SE APORTA CON LA SOLICITUD
7.1	Caso de solicitud inicial: Certificación de personal técnico competente acreditando el cumplimiento de las condiciones físicas, urbanísticas y arquitectónicas de los inmuebles conforme a la normativa general y en la específica de requisitos materiales para la acreditación.	<input type="checkbox"/>
7.2	Declaración responsable de la persona titular del servicio o centro del cumplimiento de los requisitos relativos a las instalaciones, dotaciones y equipamientos establecidos en la normativa de requisitos materiales y funcionales para la acreditación.	<input type="checkbox"/>
7.3	Proyecto de plantilla de personal para el funcionamiento del servicio o centro para el que se solicita acreditación	<input type="checkbox"/>
7.4	Protocolos de actuación.	<input type="checkbox"/>
7.5	Documentos acreditativos de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social, así como no tener deudas con la Hacienda de la Comunidad Autónoma.	<input type="checkbox"/>

002900/A04D

00143988

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 4)

ANEXO V

12 DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante, en calidad de representante legal de la entidad titular del servicio o centro objeto de la presente solicitud de acreditación o, en su caso, renovación, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía y en los artículos 25 y 29 del Decreto 187/2018, de 2 de octubre de 2018, por el que se aprueba el Reglamento de comunicación, autorización y acreditación administrativas en el ámbito de los servicios sociales de Andalucía, y del Registro de entidades, centros y servicios sociales,

DECLARA que el servicio o centro objeto de la presente solicitud cumple los requisitos relativos a las instalaciones, dotaciones y equipamientos establecidos en la normativa de requisitos materiales y funcionales para la acreditación administrativa, comprometiéndose a mantener su cumplimiento mientras ejerza la actividad para la que solicita acreditación, siendo ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, disponiendo de la documentación probatoria del cumplimiento de las circunstancias y hechos contenidos en la solicitud.

Asimismo declara que al servicio o centro objeto de esta solicitud no le ha sido revocada la acreditación administrativa, en los seis meses anteriores a la fecha de la presente..

En a de de

LA PERSONA TITULAR / REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

ILMO/A. SR/A.

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es el órgano directivo competente en el sector de atención al que se dirige la solicitud, cuya dirección es Avda. Hytasa, 14 -41071 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cips@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y gestión de la solicitud de acreditación administrativa que se realiza, cuya base jurídica es el artículo 84 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

002900/A04D

00143988

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA PARA CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS (en funcionamiento sin autorización definitiva) (Código procedimiento: 16158)

Disposición Adicional 3ª Decreto 187 / 2018 de 2 de octubre

1 DATOS DEL SERVICIO O CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES							
DENOMINACIÓN (CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS DE):							
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
				CÓD. POSTAL:			

2 DATOS DE LA CORPORACIÓN LOCAL TITULAR DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIO							
APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD TITULAR:						DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
				CÓD. POSTAL:			

3 DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA PRESIDENCIA DE LA CORPORACIÓN LOCAL			
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			DNI/NIE/NIF:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:	

4 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (cumplimentar únicamente en el caso de que sea distinto al señalado en el apartado anterior)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PAÍS:		C. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
				CÓD. POSTAL:			
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:				Nº teléfono móvil:			



002900/A05D

00143988



