

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

**B DADES DE LA RESIDÈNCIA DE TERCERA EDAT
DATOS DE LA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD**

NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

**DADES D'AUTORITZACIÓ DE LA SUBDIRECCIÓ GENERAL DE PLANIFICACIÓ, ORDENACIÓ, AVALUACIÓ I QUALITAT
DATOS DE AUTORIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIDAD**

NÚMERO	DATA / FECHA	CAPACITAT TOTAL / CAPACIDAD TOTAL
--------	--------------	-----------------------------------

C EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

Que es troba interessat que el centre les dades del qual s'expressen a dalt, participe en el programa Bo Respir, manifestant el seu compromís d'acceptar i complir tots els requisits establits en la convocatòria, com també d'atindre's a les indicacions que per a la bona marxa li proporcione la Direcció general de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència.

Que se halla interesado en que el centro cuyos datos se expresan arriba, participe en el programa Bono Respir, manifestando su compromiso de aceptar y cumplir todos los requisitos establecidos en la convocatoria, así como atenerse a las indicaciones que para la buena marcha del mismo le proporcione la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia.

D SOL·LICITUD / SOLICITUD

L'adhesió a este programa per a atendre a beneficiaris, amb un nombre de places de _____
La adhesión a este programa para atender a beneficiarios, con un número de plazas de _____

Així mateix manifesta que és conscient que l'omissió, falsedat, o l'incompliment d'algun dels requisits exigits en la convocatòria i altres disposicions legals i reglamentàries, donarà lloc a la seua exclusió com a centre col·laborador d'este programa, sense perjudi d'altres sancions administratives que puguen imposar-se d'acord amb el que establix la Llei de Servicis Socials i la resta de normativa vigent.

Asimismo manifiesta que es consciente de que la omisión, falsedad, o el incumplimiento de alguno de los requisitos exigidos en la convocatoria y demás disposiciones legales o reglamentarias, dará lugar a su exclusión como centro colaborador de este programa, sin perjuicio de otras sanciones administrativas que puedan imponerse con arreglo a lo establecido en la Ley de Servicios Sociales y demás normativa vigente.

_____, ____ d _____ de _____
El representant legal de la residència / El representante legal de la residencia

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

**B DADES DE LA RESIDÈNCIA DE TERCERA EDAT
DATOS DE LA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD**

NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CIF	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

**DADES D'AUTORITZACIÓ DE LA SUBDIRECCIÓ GENERAL DE PLANIFICACIÓ, ORDENACIÓ, AVALUACIÓ I QUALITAT
DATOS DE AUTORIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIDAD**

NÚMERO	DATA / FECHA	CAPACITAT TOTAL / CAPACIDAD TOTAL
--------	--------------	-----------------------------------

C EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

Que es troba interessat que el centre les dades del qual s'expressen a dalt, participe en el programa Bo Respir, manifestant el seu compromís d'acceptar i complir tots els requisits establits en la convocatòria, com també d'atindre's a les indicacions que per a la bona marxa li proporcione la Direcció general de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència.

Que se halla interesado en que el centro cuyos datos se expresan arriba, participe en el programa Bono Respir, manifestando su compromiso de aceptar y cumplir todos los requisitos establecidos en la convocatoria, así como atenerse a las indicaciones que para la buena marcha del mismo le proporcione la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia.

D SOL·LICITUD / SOLICITUD

L'adhesió a este programa per a atendre a beneficiaris, amb un nombre de places de _____
La adhesión a este programa para atender a beneficiarios, con un número de plazas de _____

Així mateix manifesta que és conscient què l'omissió, falsedat, o l'incompliment d'algun dels requisits exigits en la convocatòria i altres disposicions legals i reglamentàries, donarà lloc a la seua exclusió com a centre col·laborador d'este programa, sense perjudi d'altres sancions administratives que puguen imposar-se d'acord amb el que establix la Llei de Servicis Socials i la resta de normativa vigent.

Asimismo manifiesta que es consciente de que la omisión, falsedad, o el incumplimiento de alguno de los requisitos exigidos en la convocatoria y demás disposiciones legales o reglamentarias, dará lugar a su exclusión como centro colaborador de este programa, sin perjuicio de otras sanciones administrativas que puedan imponerse con arreglo a lo establecido en la Ley de Servicios Sociales y demás normativa vigente.

_____, ____ d _____ de _____
El representant legal de la residència / *El representante legal de la residencia*

Firma: _____

**REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA**DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE