

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 persones majors.

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 personas mayores.

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

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 persones majors.

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 atenderse a las indicaciones que para la buena marcha del mismo le proporcione la Dirección General de personas mayores.

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