

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES SIN SUSTANCIAS SOLICITUD

ACREDITACIÓN RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		
DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD		CIF
Nº INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE ENTIDADES DE SERVICIOS SOCIALES		
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
APELLIDOS, NOMBRE Y CARGO DEL/DE LA TITULAR DE LA ENTIDAD/REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO

2 DATOS DEL CENTRO		
TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> COMUNIDAD TERAPÉUTICA <input type="checkbox"/> VIVIENDA DE APOYO A LA REINSERCIÓN <input type="checkbox"/> CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/> CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA <input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA Atención exclusiva Juego Patológico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VIVIENDA DE APOYO AL TRATAMIENTO		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO		CIF
Nº INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES		
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA TITULAR-DIRECTOR/A DEL CENTRO		

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)	
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación que ostenta la persona solicitante, en su caso. <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la titularidad jurídica del centro o documento suficiente que acredite la posibilidad de desarrollar en él la actividad que se pretende. <input type="checkbox"/> Programa Terapéutico. <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la vinculación que tenga con el centro, el personal que vaya a prestar servicios en el mismo.	<input type="checkbox"/> Plan económico referido a la viabilidad del mantenimiento del centro suscrito por el representante del mismo. <input type="checkbox"/> Reglamento o norma de régimen interior. <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del sistema de contabilidad que se empleará en su gestión. <input type="checkbox"/> Plano de las instalaciones suscrito por técnico competente. <input type="checkbox"/> Plan de Evacuación y Emergencia. <input type="checkbox"/> Póliza de seguros Multirisgo y de Responsabilidad Civil.

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y SOLICITA le sea concedida la acreditación o renovación de la misma. En a de de EL / LA TITULAR DE LA ENTIDAD O REPRESENTANTE LEGAL Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL PARA LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de las solicitudes de acreditación de centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, y conforme al procedimiento reglamentariamente establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Avda. Hytasa, 14. Edificio Junta de Andalucía, 41071-Sevilla.

