Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos

División de Apoyo Familiar y de la Primera Infancia
Oficina de Licencias de Cuidado Infantil

CAMBIOS EN EL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del proveedor: _____ N.º de proveedor: PV_____

Nombre del centro: _____ Teléfono del centro: _____

Fecha de entrada en vigor del cambio: _____Correo electrónico: _____

Tipo de cambio: (Marque todas las opciones que correspondan)

_____ Nombre del director

_____ Edades de los niños cuidados

_____ Número de niños

_____ Nombre del centro

_____ Número de teléfono o correo electrónico

_____ Días/horas de funcionamiento

Seleccione el/los cambio(s) solicitado(s)

Checó	Tipo de cambio	Anterior	Nuevo
	Cambio de nombre de director o centro		
	Cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico		
	Cambio de edades		
	Cambio del número de niños		
	Número de niños menores de 2 años		
	Cambio de días/horario de funcionamiento		

Si su centro se está reubicando o cambiando el estado del registro, debe enviar los formularios de Cambio de dirección/estado, NO este formulario.

A mi leal saber y entender, toda la información que he proporcionado al Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos y/o a sus agentes autorizados en este formulario es verdadera y correcta. Proporcionaré la información verdadera y correcta que se solicite durante todos los contactos posteriores.

_____ _____

Firma Fecha