

**Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos**  
**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).

- |                          |                              |               |                          |                                  |
|--------------------------|------------------------------|---------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nombre del director          | Nombre del    | <input type="checkbox"/> | centro                           |
| <input type="checkbox"/> | Edades de los niños cuidados | Número        | <input type="checkbox"/> | de teléfono o correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> | Número de niños              | Días/horas de | <input type="checkbox"/> | funcionamiento                   |

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

ANTERIOR:

NUEVO:

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

