



## 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

\_\_\_\_\_ Nombre del centro

\_\_\_\_\_ Edades de los niños cuidados

\_\_\_\_\_ Número de teléfono o correo electrónico

\_\_\_\_\_ Número de niños

\_\_\_\_\_ Días/horas de funcionamiento

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

Checó	Tipo de cambio	Anterior	Nuevo
<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre de director o centro		
<input type="checkbox"/>	Cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico		
<input type="checkbox"/>	Cambio de edades		
<input type="checkbox"/>	Cambio del número de niños		
<input type="checkbox"/>	Número de niños menores de 2 años		
<input type="checkbox"/>	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