**REGISTRO DE DATOS BÁSICOS PARA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN**

**Nombre de la entidad: CIF: FECHA DE SOLICITUD:**

**Persona de contacto: Cargo:**

**Teléfono de contacto: Email:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de servicio** | **Número personas usuarias** | **Número de trabajadores** | **Tipo de servicio (residencia, centro de día, Ayuda a domicilio)** | **Dirección completa y Provincia.** | **Teléfono** | **Año priorizado para la evaluación externa. Según número de servicios: (año 1, año 2, año 3)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |