

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

 SUSCRIPCIÓN CONVENIO RENOVACIÓN DEL CONVENIO (1)

1 DATOS DE LA ENTIDAD Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL			
DENOMINACIÓN		NIF	
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
APELLIDOS, NOMBRE Y CARGO DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL			DNI / NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

2 RECURSOS A CONVENIR Y NÚMERO DE PLAZAS	
<input type="checkbox"/> A) Centros de tratamiento ambulatorio.	Coste por centro: Euros.
<input type="checkbox"/> B) Centros de Día.	Coste por centro: Euros.
<input type="checkbox"/> C) Centros de encuentro y acogida.	Coste por centro: Euros.
<input type="checkbox"/> D) Viviendas de apoyo al tratamiento.	Nº de plazas: Coste por estancia-plaza/día Euros.
<input type="checkbox"/> E) Comunidades terapéuticas.	Nº de plazas: Coste por estancia-plaza/día Euros.
<input type="checkbox"/> F) Viviendas de apoyo a la reinserción.	Nº de plazas: Coste por estancia-plaza/día Euros.

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)	
<input type="checkbox"/> Estatutos.	<input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la personalidad de la entidad solicitante.
<input type="checkbox"/> NIF.	<input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la representación que ostenta.
<input type="checkbox"/> Descripción del Programa Terapéutico para cada uno de los recursos a convenir: objetivos, contenido y fases, metodología, material técnico a utilizar, tiempo previsto y calendario de actividades, presupuesto detallado (especificando costo por estancia-plaza/día, excepto para los centros A, B, C y D del apartado 2), e indicadores de evaluación.	
<input type="checkbox"/> Organigrama y plantilla del personal laboral afectado y otro personal que colabore (titulación y puesto de trabajo que ocupa).	
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la autorización de compatibilidad en el supuesto de contratación de personal al servicio de las Administraciones Públicas o, en su caso, certificación de no tener contratado personal al servicio de las Administraciones Públicas.	
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de que el centro a convenir se encuentra inscrito en el Registro de Entidades, Servicios y Centros.	
<input type="checkbox"/> En supuestos de prórroga / renovación del convenio, documentación acreditativa de las modificaciones si las hubiere.	
<input type="checkbox"/> En su caso, certificación de que la documentación obra en poder de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y no ha sufrido modificación, indicando el Centro Directivo u Organismo receptor de dichos documentos.	

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
DECLARO que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y SOLICITO concertar los recursos con el coste y número de plazas en su caso, que figuran en el apartado 2.	
En a de de	
EL / LA REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.:	

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

(1) En caso de haberse producido alguna modificación desde la suscripción del convenio o última renovación se deberá aportar la documentación acreditativa de la misma.



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 de Igualdad, Salud y Políticas Sociales 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 tratamiento, en un fichero parcialmente automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de la solicitud.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.