



(Lugar) _____, _____ de _____ del _____

A la Sra.
Directora General de Coordinación del
Programa "Salas Cuna"
Psp. Inés María Zinny
S _____ / _____ D

Ref: Información para adhesión Red Salas Cuna – Interior

Por medio de la presente brindo información pertinente para la incorporación a la Red Salas Cuna de la siguiente entidad:

- Municipio y/o Comuna: _____
- CUIT: _____
- Domicilio Legal:
 - o Calle: _____
 - o N°: _____
 - o Entre calles: _____
 - o Barrio: _____
 - o CP: _____
 - o Localidad: _____
 - o Departamento: _____

- Datos de contacto:
 - o Intendente o Jefe Comunal: _____
 - o Otros referentes de contacto: _____
 - o Teléfono de contacto celular: _____
 - o Teléfono institucional fijo: _____
- Mail para el envío de notificaciones: _____
- Correo electrónico adicional: _____

Datos de la Entidad:

Se informa los siguientes datos de la entidad:

- Tenemos antecedentes de trabajo con niños (de 45 días a 3 años) **SI** **NO**
- Posemos guarderías de cuidado propias y en funcionamiento **SI** **NO**
- Domicilio donde funcionará la Sala Cuna (guardería) _____

- Nombre que llevará la Sala Cuna (guardería) _____

¿Cuántos niños asisten a esa sala Cuna? _____ En que turnos: _____

¿Dichos niños se encuentran en zonas y/o familias en situación de vulnerabilidad?

SI **NO**

Otras Observaciones:

Describe principales problemáticas de los niños/as y familias que asistirán a la Sala Cuna.
(Hacinamiento, Consumo problemático de sustancias, violencia de género, etc.)

Datos del Personal:

- ¿Cuenta con **Personal Técnico** (Trabajadora Social, Psicóloga, Nutricionista, etc.) que integre los equipos del Municipio/Comuna y realice apoyo a la Sala Cuna? **SI NO**

Si contestó afirmativamente:

	<i>Nombre y Apellido</i>	<i>D.N.I</i>	<i>Especialidad</i>
1			
2			
3			

- ¿Cuenta con **Docente en Sala?** (con título habilitante, de nivel inicial, maestra jardinera)
SI NO

Si contestó afirmativamente:

	<i>Nombre y Apellido</i>	<i>D.N.I</i>	<i>Turno</i>	<i>Nivel de estudios alcanzado</i>
1				
2				
3				

- ¿Cuenta con **Auxiliares?** **SI NO**

Si contestó afirmativamente:

	<i>Nombre y Apellido</i>	<i>D.N.I</i>	<i>Turno</i>	<i>Nivel de estudios alcanzado</i>
1				
2				
3				

- ¿Cuenta con **cobertura de Salud** en las salas? **SI NO**

Si es afirmativo especifique:

¿Qué servicio? _____

- ¿Cuenta con algún **centro de salud cercano** a la Sala? **SI NO**

Si contestó afirmativamente:

¿Cuál? _____

¿Cuenta con **CIC** en la localidad? **SI** **NO**

Si contestó afirmativamente:

¿Qué tareas desarrolla? _____

¿Cuenta con el servicio de **PAICOR**? **SI** **NO**

Si contestó afirmativamente:

¿Cuántos niños? _____

¿Cuenta con el **espacio físico** necesario para ubicar Salas Cuna. **SI** **NO**

Si contestó afirmativamente:

Informo que el/los correo/s electrónico/s informado/s es/son válido/s para la recepción de las notificaciones correspondientes al presente trámite, y de las que pudieran surgir en el marco del Programa "Salas Cuna".

Firma Intendente o Jefe Comunal:

.....

Aclaración o sello:

.....

DNI:

.....



CBA CONELLAS

**SALAS
CUNA**

**BANCO
DE LA
GENTE**
Aquí su palabra vale oro

PROMOCIÓN DEL EMPLEO
CAPACITACIÓN LABORAL Y
FORMACIÓN PROFESIONAL

**FORTALECIMIENTO
INSTITUCIONAL**

(Lugar) _____, _____ de _____ del _____

A la Sra.
Directora General de Coordinación del
Programa "Salas Cuna"
Psp. Inés María Zinny
S _____ / _____ D

Ref: Información para adhesión Red Salas Cuna – Interior

Datos de Infraestructura:

Cantidad y detalle de los ambientes: _____

Mts cuadrados del terreno y mts cuadrados cubiertos totales: _____

Modificaciones que incluye el presupuesto que envía (reparaciones, etc.) _____

Informo que el/los correo/s electrónico/s informado/s es/son válido/s para la recepción de las notificaciones correspondientes al presente trámite, y de las que pudieran surgir en el marco del Programa "Salas Cuna".

Firma Intendente o Jefe Comunal:

.....

Aclaración o sello:

.....

DNI:

.....