

NOMBRE DEL CENTRO

NOMBRE DE LA SOCIEDAD O PERSONA PROPIETARIA

CIF O DNI N° PATRONAL (SEGURIDAD SOCIAL)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR

NOTARIO, FECHA Y N° PROTOCOLO APODERAMIENTO

FECHA DE AUTORIZACIÓN DEL CENTRO

DIRECCIÓN

POBLACIÓN

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA

TELÉFONO () FAX ()

CORREO ELECTRÓNICO INTERNET

NOMBRE DEL DIRECTOR O TITULAR DE LA CORRESPONDENCIA

cumplimentar exclusivamente por los centros de enseñanzas artísticas

CENTRO AUTORIZADO DE GRADO ELEMENTAL

N° DE UNIDADES N° DE ALUMNOS FECHA BOE AUTORIZACIÓN

CENTRO AUTORIZADO DE GRADO MEDIO

N° DE UNIDADES N° DE ALUMNOS FECHA BOE AUTORIZACIÓN

CENTRO NO AUTORIZADO

N° DE UNIDADES N° DE ALUMNOS

cumplimentar exclusivamente por los centros de enseñanzas de idiomas y no regladas

ENSEÑANZAS QUE SE IMPARTEN:

	Nº DE UNIDADES	Nº DE ALUMNOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL PERSONAL

DOCENTE

NO DOCENTE

SUPERFICIE EDIFICADA (M²)

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

ENUMERAR

DOCUMENTOS A REMITIR A ACADE PARA AUTORIZAR SU INSCRIPCIÓN COMO ASOCIADO

- DECLARACIÓN JURADA DE QUE EL CENTRO NO ESTÁ CONCERTADO NI SUBVENCIONADO CON FONDOS PÚBLICOS
- FOTOCOPIA DE LA LICENCIA MUNICIPAL Y ÚLTIMO RECIBO DEL IAE

OBSERVACIONES:

SOLICITUD DE INSCRIPCION

D.

en representación del Centro

solicita su inscripción como miembro de pleno derecho en la Asociación de Centros Autónomos de Enseñanza Privada (ACADE).

Fecha: , de de 2

Firma:



Ferraz 85 • 28008 Madrid
Tel.: 902 10 40 80 • 91 550 01 02 • Fax: 91 550 01 22
acade@acade.es • www.acade.es