



Consorci de Benestar Social
Gironès-Salt

Ajuts Transport Adaptat
Modalitat Individual
Curs 2020

MODEL NORMALITZAT

CERTIFICAT D'ASSISTÈNCIA al centre destinatari:

Jo, (nom i cognoms) _____,

Amb núm. DNI _____, com a director/a del centre _____

Amb adreça: _____ Població (CP) _____

Núm. registre: _____

Activitat/servei que es presta (tipologia): _____

Núm. de places: _____

CERTIFICO que (nom i cognoms), _____
amb núm. DNI _____ assisteix al centre els següents dies i hores:

DIA	HORARI MATI	HORARI TARDA	TOT EL DIA
	DE ____ A ____	DE ____ A ____	
DILLUNS			
DIMARTS			
DIMECRES			
DIJOUS			
DIVENDRES			
DISSABTE			
DIUMENGE			
Núm.total de mesos assistència:			

Contestar d'acord a la situació que es correspongui (Marcar l'opció amb una X):

<input type="checkbox"/>	A	El centre no disposa de mitjà de transport col·lectiu propi que l'usuari pot utilitzar
<input type="checkbox"/>	B	El centre disposa de mitjà de transport col·lectiu propi però l'usuari no té plaça vacant
<input type="checkbox"/>	C	El centre disposa de servei de transport col·lectiu adaptat organitzat per empresa externa però l'usuari no té plaça vacant
<input type="checkbox"/>	B	El centre disposa de mitjà de transport propi i disponibilitat de plaça

A _____, _____ de/d' _____ del 20 _____

Signatura responsable
i segell del centre