



Consorci de Benestar Social  
Gironès Salt

Ajuts Transport Adaptat  
Curs 2016

### Model normalitzat 1.1

#### **CERTIFICAT D'ASSISTÈNCIA al centre destinatari:**

Jo, \_\_\_\_\_, amb  
DNI núm. \_\_\_\_\_, com a director/a del centre

Núm. registre: \_\_\_\_\_

Activitat/servei que es presta (tipologia): \_\_\_\_\_

Núm. de places: \_\_\_\_\_

CERTIFICO que, \_\_\_\_\_,  
amb DNI núm. \_\_\_\_\_, assisteix al centre els dies i hores:

DIA	HORARI MATÍ	HORARI TARDA	TOT EL DIA
DILLUNS	de a	de a	de a
DIMARTS	de a	de a	de a
DIMECRES	de a	de a	de a
DIJOUS	de a	de a	de a
DIVENDRES	de a	de a	de a
DISSABTE	de a	de a	de a
DIUMENGE	de a	de a	de a
Núm. mesos assistència		Data alta	Previsió data baixa (si és temporal)
Núm. mesos:		__/__/2016	__/__/2016

Contestar d'acord a la situació que es correspongui:

- a)  El centre NO té mitjà de transport col·lectiu propi que l'usuari pot utilitzar
- b)  El centre té mitjà de transport col·lectiu propi i l'usuari NO l'utilitza:
- per pròpia decisió de l'usuari o familiars
  - per indicació del centre atenent a criteris d'autonomia.
  - Manca de places al vehicle.
  - altres:



Consorci de Benestar Social  
Gironès Salt

**Ajuts Transport Adaptat  
Curs 2016**

- c)  Al centre hi ha servei de transport col·lectiu adaptat organitzat per empresa externa.
- d)  No hi ha cap empresa que realitzi el servei al meu centre i per tant no se'n pot beneficiar i ha d'utilitzar propis mitjans.

A \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ del 2016

Signatura responsable  
i segell del centre

Data: