

**MODEL NORMALITZAT 1.2.**

**DECLARACIÓ JURADA SOBRE EL LLISTAT DE PERSONES BENEFICIARIES (Omplir 1 full per Ruta)**

---

NOM ENTITAT SOL·LICITANT:

---

RUTA: (MUNICIPI INICI/MUNICIPI FINAL):

---

TIPUS DE VEHICLE:

---

NÚM. DE PLACES RUTA:

---

NÚM. DE PLACES OCUPADES:

---

ACOMPANYANT:      SI                      NO

---



Consorci de Benestar Social  
Gironès Salt

Jo, (nom i cognoms) \_\_\_\_\_,

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

**DECLARO SOTA JURAMENT** que les següents persones (1\*) assisteixen al centre i utilitzen la **RUTA** de transport adaptat que va des de

\_\_\_\_\_ (MUNICIPI) fins a \_\_\_\_\_ (MUNICIPI)

Nom i Cognoms	Edat	Municipi Residència	Hora recollida	Hora tornada	Especificar Núm. dies/mes	Núm. Mesos /any	Tipus de disminució (2*)	Preu que paga l'usuari/mes	Utilitza cadira de rodes SI/NO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ del 20

Signatura i segell del centre

(1\*) Aquestes persones hauran d'estar empadronades a qualsevol municipi de la comarca del Gironès de menys de 50.000 habitants (Base segona).

(2\*)Tipus de disminució: d'acord a informació sol·licitada pel Departament Treball, Afers Socials i Famílies especificar tipologia: física, psíquica, mental, pluridiscapacitat, sensorial.