

MODEL NORMALITZAT 1.2.

CERTIFICAT DEL 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 _____

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

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

_____, 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.