



Consorci de Benestar Social
Gironès Salt

Ajuts Transport Adaptat
Modalitat Individual
Curs 2019

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: | | | |



Consorci de Benestar Social
Gironès Salt

Ajuts Transport Adaptat
Modalitat Individual
Curs 2019

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 |

_____, _____ de/d' _____ del 20

Signatura responsable
i segell del centre