



Consell Comarcal
del Segrià

MODEL 2.3

CERTIFICAT D'ASSISTÈNCIA AL CENTRE

per justificar la despesa

Jo, (nom i cognoms) _____, amb DNI _____, com a director/a del

Núm. registre: _____

Activitat/servei que es presta (tipologia): _____

CERTIFICO que les següents persones han assistit al centre els dies/horaris/mesos i utilitzen la ruta de transport adaptat que es detalla:

Ruta	Nom i Cognoms	Edat	Municipi de Residència	Hora recollida	Hora tornada	Núm. Dies / mes	Núm. Mesos / any	(2) Grau de discapacitat		(2) BMR	(2) BA	(2) D	(2) CR	Preu usuari / mes
								≥33% i <65%	≥ 65%					

Ruta	Nom i Cognoms	Edat	Municipi de Residència	Hora recollida	Hora tornada	Núm. Dies / mes	Núm. Mesos / any	(*) Grau de discapacitat		(*) BMR	(*) BA	(*) D	(*) CR	Preu usuari / mes
								≥33% i <65%	≥ 65%					

(*) Es obligatori especificar aquesta informació d'acord a l'informació sol·licitada pel Departament de Treball, Afers socials i famílies: BM (Barem de mobilitat reduïda), BA (Barem d'Acompanyament), D (Persona diagnosticada de demència), CR (persona que utilitza cadira de rodes).

_____, ____ de/d' _____ del 202__

(Signatura i segell del centre)