



Consell Comarcal
del Segrià

MODEL 1.1

CERTIFICAT D'ASSISTÈNCIA

full per adjuntar a la sol·licitud

Jo, (nom i cognoms) _____, amb DNI _____,

com a director/a del _____

Núm. registre: _____

Adreça electrònica: _____, Telèfon: _____

Activitat/servei que es presta (tipologia): _____

CERTIFICO que _____ (nom i cognoms),

amb DNI _____ assisteix al centre els dies i hores:

DIA	Horari de Matí	Horari de Tarda	Tot el dia
Dilluns	De _____ a _____	De _____ a _____	
Dimarts	De _____ a _____	De _____ a _____	
Dimecres	De _____ a _____	De _____ a _____	
Dijous	De _____ a _____	De _____ a _____	
Divendres	De _____ a _____	De _____ a _____	
Dissabte	De _____ a _____	De _____ a _____	
Diumenge	De _____ a _____	De _____ a _____	

Número total de mesos d'assistència al centre durant el 2024: _____

_____, ____ de/d' _____ del 2024

(Signatura i segell del centre)