



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CERTIFICADO DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

CURSO 20  / 20

El/la directora/a del:

Centro

Código del centro

Calle/Plaza

Código Postal

N.º

Localidad

Municipio

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

**CERTIFICA RESPECTO AL ALUMNO/A:**

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

**LOS SIGUIENTES EXTREMOS:**

1) La distancia del domicilio al centro o a la parada más cercana del transporte escolar (considerando un único recorrido) es:

*(De las dos opciones marque exclusivamente la más cercana al domicilio del solicitante)*

A la Parada más cercana:  Km  N.º de Ruta  Nombre Parada

Al Centro:  Km

2) El día de nacimiento del derecho para la percepción de la ayuda individualizada de transporte es el:

*(Fecha en que se incorpora el solicitante al centro en el presente curso)*

Día  Mes  Año

3) Alumno/a escolarizado/a en modalidad de enseñanza combinada:  Si  No

En caso afirmativo indicar el número y los días de la semana que acude a su centro:

Número de días a la semana:

Días de la semana:

4) Si es un CRA, indicar a qué escuela acude:

Escuela:

En

a

de

de