



Consell Comarcal  
del Segrià

MODEL 1.3

## CERTIFICAT D'ASSISTÈNCIA

*Per justificar la despesa*

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 _____	

Nombre total de mesos d'assistència al centre durant el 2023: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ del 202\_\_

(Signatura i segell del centre)