

En/na \_\_\_\_\_,  
com a responsable del Centre \_\_\_\_\_,  
amb CIF \_\_\_\_\_ i situat al municipi de \_\_\_\_\_

**FAIG CONSTAR:**

Que el/la senyor/a \_\_\_\_\_,  
amb DNI \_\_\_\_\_, ha assistit al nostre centre, en el període de 2024,  
amb els dies d'assistència següents (marcar amb una X l'opció que correspongui):

| MES           | DE 1 A 2 DIES<br>D'ASSISTÈNCIA SETMANAL | DE 3 A 5 DIES D'ASSISTÈNCIA<br>SETMANAL |
|---------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| GENER 2024    |                                         |                                         |
| FEBRER 2024   |                                         |                                         |
| MARÇ 2024     |                                         |                                         |
| ABRIL 2024    |                                         |                                         |
| MAIG 2024     |                                         |                                         |
| JUNY 2024     |                                         |                                         |
| JULIOL 2024   |                                         |                                         |
| AGOST 2024    |                                         |                                         |
| SETEMBRE 2024 |                                         |                                         |
| OCTUBRE 2024  |                                         |                                         |
| NOVEMBRE 2024 |                                         |                                         |
| DESEMBRE 2024 |                                         |                                         |

El/La responsable del centre,  
(signatura)

A \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025