

D) A CUMPLIMENTAR POR EL REEDUCADOR, GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O EL PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES Arts. 7.6 b) 3º y 4º y 8. 2 b) 2º

DATOS DEL PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO

D./D^a.....
Con Nº DE COLEGIADO NIF
PROFESIÓN/ESPECIALIDAD.....
(EN SU CASO): CENTRO EN EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO:
CIF

CERTIFICA:

Que el/la alumno:

Recibirá los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA ☐ - CUANTÍA MENSUAL
- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE ☐ - CUANTÍA MENSUAL

-Asistirá al PROGRAMA ESPECIFICO A. CON ALTAS CAPACIDADES: ☐ - CUANTÍA MENSUAL

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

MEMORIA

*Describir detalladamente EL SERVICIO o ASISTENCIA que se van a prestar en relación con las necesidades del alumno (contenido, objetivos, características, actividades, recursos, agrupaciones..., seguimiento etc.). Detállese la cualificación profesional o ESPECIALISTA que imparte este servicio o programa.

*Indique el número de HORAS SEMANALES Y la DURACIÓN PREVISIBLE DEL SERVICIO o PROGRAMA

En, a de de 202...

Firmado:

DECLARACIÓN RESPONSABLE

(SÓLO PARA SUPUESTOS DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y/O DEL LENGUAJE):

Asimismo, DECLARO: Que reúno los requisitos de formación a los que se hace referencia en el artículo 7.6.b) 4º de la convocatoria de estas ayudas.

En, a de de 202...

Firmado: