

Programa de discapacidad  
**Documentación General**

**CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR - FORMULARIO 2**

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Nº de C.U.E (Excluyente).: \_\_\_\_\_

Se hace constar que (completar nombre y apellido) \_\_\_\_\_

DNI (completar nº de documento) \_\_\_\_\_ es alumno regular del curso / grado / sala

(indicar el que corresponda) \_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ jornada

Horarios \_\_\_\_\_ ciclo lectivo (indicar año) \_\_\_\_\_

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En (indicar lugar y/o ciudad) \_\_\_\_\_

a los días \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del establecimiento

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.