



CERTIFICACIÓN REFERIDA AO PERÍODO DE EXECUCIÓN OBXECTO DE SOLICITUDE: EQUIPO, INSTALACIÓNS, RÉXIME DE PRESTACIÓN E NÚMERO ESTIMADO DE USUARIOS/AS

DATOS DA ENTIDADE SOLICITANTE

ENTIDADE LOCAL

NIF

DATOS DA PERSOA SECRETARIA OU DA PERSOA REPRESENTANTE (CASO DE AGRUPACIÓNS)

NOME

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

EN CALIDADE DE

CERTIFICA, con base na documentación que figura no expediente para os efectos dos requisitos establecidos no artigo 8 da orde pola que se establecen as bases reguladoras para a concesión de subvencións ás entidades locais da Comunidade Autónoma de Galicia para a prestación de servizos de atención temperá no marco da Rede galega de atención temperá, cofinanciadas polo PO FSE 2014-2020 e se procede á súa convocatoria para o ano 2021, os datos da prestación son os seguintes:

1. Profesionais integrantes do equipo:

INTEGRANTE 1

NOME <sup>(1)</sup>

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

Período do desempeño

Desde:

Ata:

GRUPO PROFESIONAL <sup>(2)</sup>

PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) <sup>(3)</sup>

TIPO DE VINCULACIÓN <sup>(4)</sup>

DEDICACIÓN <sup>(5)</sup>

Núm. horas traballo (servizo AT) no período <sup>(6)</sup>

INTEGRANTE 2

NOME <sup>(1)</sup>

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

Período do desempeño

Desde:

Ata:

GRUPO PROFESIONAL <sup>(2)</sup>

PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) <sup>(3)</sup>

TIPO DE VINCULACIÓN <sup>(4)</sup>

DEDICACIÓN <sup>(5)</sup>

Núm. horas traballo (servizo AT) no período <sup>(6)</sup>

INTEGRANTE 3

NOME <sup>(1)</sup>

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

Período do desempeño

Desde:

Ata:

GRUPO PROFESIONAL <sup>(2)</sup>

PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) <sup>(4)</sup>

TIPO DE VINCULACIÓN <sup>(4)</sup>

DEDICACIÓN <sup>(5)</sup>

Núm. horas traballo (servizo AT) no período <sup>(6)</sup>

INTEGRANTE 4

NOME <sup>(1)</sup>

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

Período do desempeño

Desde:

Ata:

GRUPO PROFESIONAL <sup>(2)</sup>

PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) <sup>(3)</sup>

TIPO DE VINCULACIÓN <sup>(4)</sup>

DEDICACIÓN <sup>(5)</sup>

Núm. horas traballo (servizo AT) no período <sup>(6)</sup>



**INTEGRANTE 5**

NOME <sup>(1)</sup>	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Período do desempeño		GRUPO PROFESIONAL <sup>(2)</sup>	PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) <sup>(3)</sup>
Desde: <input type="text"/>	Ata: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE VINCULACIÓN <sup>(4)</sup>	DEDICACIÓN <sup>(5)</sup>	Núm. horas traballo (servizo AT) no período <sup>(6)</sup>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**2. Descrición das instalacións do servizo**

TIPO	NOME DA VÍA	NÚM.	BLOQ.	PISO	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
METROS CADRADOS	NÚM. DE ESPAZOS /AULAS para intervención				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
DESCRICIÓN (riscarase o que proceda)					
<input type="checkbox"/> Sala de espera					
<input type="checkbox"/> Sala de xogos					
<input type="checkbox"/> Sala de reunións					
<input type="checkbox"/> Outros					

**3. Horario semanal (MAÑÁ: 7.30 a 15.30 h /TARDE: desde 15.30 h en diante). Riscarase o que proceda**

- Dous días á semana en horario de tarde.
- Tres días á semana en horario de tarde.
- Catro días á semana en horario de tarde.
- Cinco días á semana en horario de tarde.

**4. Número de nenos/as estimados/as como usuarios/as do servizo durante o período sinalado no anexo II (0-6 anos)**

Homes	<input type="text"/>
Mulleres	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>

- (1) No caso de contratación ou xestión indirecta futuras indicarse "contratación futura" (non será preciso cubrir nome, apelidos e NIF).
- (2) Grupo de pertenza segundo a categoría profesional (ou equivalencia): I ou II.
- (3) Pedagogía, psicopedagogía, psicoloxía, logopedia, educación social, traballo social, maxisterio, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia e medicina. O persoal deberá de estar especializado en desenvolvemento infantil e atención temperá e/ou en apoio familiar, ou acreditar experiencia suficiente nestas materias para a realización das súas funcións.
- (4) Indicación de persoal propio ou externo.
- (5) Dedicación: total ou parcial.
- (6) Horas calculadas de acordo co establecido no artigo 10.3. A suma das cifras de horas por grupo profesional de todos os integrantes deberá coincidir co total consignado no Anexo II respecto do grupo/s profesional/ais que corresponda/n.

**SINATURA DA PERSOA SECRETARIA OU DA PERSOA REPRESENTANTE (CASO DE AGRUPACIÓNS)**

Lugar e data

,  de  de