

# FORMULARIO TE-01-2025

## Solicitud del estudiante para optar por el subsidio de Transporte Estudiantil (regular y discapacidad)

Este formulario debe ser llenado por el solicitante del beneficio y debe ser entregado en la institución donde se encuentre matriculado en la fecha que le indique el Centro Educativo. En el caso de estudiantes con discapacidad, deben **adjuntar copia del dictamen médico.**

Fecha:

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

GRADO

Masculino

Femenino

**GENERO** (marque con una X)

N° DE CÉDULA o IDENTIFICACION

DIA: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

### 2. DATOS DE LA MADRE, PADRE O ENCARGADO DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

Masculino

Femenino

**GENERO** (marque con una X)

N° DE CÉDULA o IDENTIFICACION

NACIONALIDAD

### 3. DIRECCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

PROVINCIA

CANTON

DISTRITO

POBLADO

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

### 4. DATOS SOBRE EL ACCESO AL CENTRO EDUCATIVO

1. Indique la distancia en **Km** del lugar de residencia del estudiante al centro educativo matriculado: \_\_\_\_\_ (considerar que debe ser el centro educativo más cercano a su lugar de procedencia)

2. Existe Transporte Público adecuado a los horarios del centro educativo: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

3. Posee otro centro educativo mas cercano a su lugar de residencia: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

4. Que medio de transporte requerirá para el traslado al centro educativo, seleccione una opción de las siguientes:

MEDIO DE TRANSPORTE QUE REQUIERE	MARQUE CON X	COSTO DIARIO DEL TRANSPORTE PUBLICO
AUTOBUS O MICROBUS CONTRATADO		No indicar en este caso
AUTOBUS TRANSPORTE PUBLICO		
TAXI FORMAL (En casos especiales)		
CABOTAJE (FERRY, BOTE O PANGA)		

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es veraz y que cualquier falsedad me hará acreedor de la pérdida del beneficio solicitado, sin perjuicio de las responsabilidades legales que procedan. Así mismo, me comprometo a cumplir con los lineamientos de Programas de Equidad, Reglamento de Transporte Estudiantil. En caso de incumplir la normativa, Programas de Equidad podrá suspender el beneficio.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD O DEL ENCARGADO LEGAL DEL ESTUDIANTE MENOR DE EDAD

### PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO EDUCATIVO

Una vez verificada la información contenida en este Formulario se CERTIFICA que el estudiante cumple los requisitos estipulados en los Artículos 1 y 6 incisos b), del Reglamento del Programa de Transporte Estudiantil, Decreto Ejecutivo N° 42907-MEP, para optar por el beneficio de Transporte Estudiantil en sus diferentes modalidades.

# DE RUTA: \_\_\_\_\_  
(indicar el # de ruta donde se incluye o incluirá el estudiante. En caso de no contar con una ruta indicar NUEVA)

SELLO

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Director (a) del Centro Educativo