

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