

**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<sup>a</sup>.....  
Con N° 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: .....