FORMULARIO TE-01-2027

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

CURSO LECTIVO 2027

FECHA (DD/MM/AAAA)

Este formulario debe ser llenado por el solicitante del beneficio y entregado en el centro educativo donde se encuentre matriculado, en la fecha que éste indique. Estudiantes con discapacidad: adjuntar copia del dictamen médico.

1 DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | GRADO

N° DE CÉDULA O IDENTIFICACIÓN | NACIONALIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | GÉNERO (MARQUE CON X)

☐ Masculino ☐ Femenino

2 DATOS DE LA MADRE, PADRE O ENCARGADO DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | TELÉFONO

N° DE CÉDULA O IDENTIFICACIÓN | NACIONALIDAD | GÉNERO (MARQUE CON X) | CORREO ELECTRÓNICO

☐ Masculino ☐ Femenino

3 DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

PROVINCIA | CANTÓN | DISTRITO | POBLADO

4 DATOS SOBRE EL ACCESO AL CENTRO EDUCATIVO

DISTANCIA (KM)

Distancia en Km (un solo sentido) del lugar de residencia al centro educativo matriculado.
Debe ser el centro educativo más cercano a su lugar de residencia.

Hay transporte público adecuado a los horarios: ☐ SI ☐ NO

Hay otro centro educativo más cercano: ☐ SI ☐ NO

5 DATOS ESPECIALIDAD TÉCNICA PROFESIONAL

¿Está matriculado en una especialidad técnica? ☐ SI ☐ NO

EN CUÁL ESPECIALIDAD

6 MEDIO DE TRANSPORTE QUE REQUIERE

Seleccione una opción (marque con X)

Costo diario transporte público (ARESEP), ida y regreso. No indicar si es acuático ni 4x4.

COSTO DIARIO (CRC)

☐ Autobús o microbús contratado
☐ Taxi formal (en casos especiales)
☐ Cabotaje menor (Lancha)
☐ Autobús transporte público
☐ Cabotaje mayor (Ferry)
☐ Vehículo 4x4 legalizado MOPT (casos excepcionales)

DECLARACIÓN JURADA

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 y el 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 DEL CENTRO EDUCATIVO

RECIBIDO

FECHA DE RECIBIDO | NOMBRE DE QUIEN RECIBE

FIRMA DE QUIEN RECIBE

REVISIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO:

Se procedió a verificar la información contenida en este Formulario, con la finalidad de determinar si el estudiante cumple o no con los requisitos establecidos en los Artículos 1 y 6 incisos b), del Reglamento del Programa de Transporte Estudiantil, Decreto Ejecutivo Nº 42907-MEP, para optar por el beneficio de Transporte Estudiantil: ☐ Cumple ☐ No cumple

Si cumple: se procederá a realizar las gestiones correspondientes ante el Depto. de Transporte Estudiantil, en las fechas dispuestas para dichos efectos, indicando abajo el N° de ruta donde se tramitará (escriba NUEVA si no cuenta con una).

Si no cumple: se notificará de manera formal al estudiante y/o encargado legal y se procederá con el archivo en el expediente del estudiante.

FECHA DE REVISIÓN | N° DE RUTA (SI CUMPLE) | OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR(A)

SELLO DEL CENTRO EDUCATIVO