

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE
DIAGRAMA DE TRASLADOS
CONSENTIMIENTO



OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA
O.S.P. C.y.D.
R.N.O.S 1-0340-2

Lugar y Fecha de Emisión _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$)/DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	----------------

Dependencia (S/N) _____ Monto mensual (\$) _____

Periodo Traslados, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones: _____

Firma Responsable del Transporte Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma del Beneficiario o representante Aclaración
DNI Firmante

Lugar y Fecha de Consentimiento _____