



Discapacidad - Transporte Diagrama de Traslados. Consentimiento

Fecha de Emisión

--	--	--

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

--	--	--	--

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

--	--	--

TRASLADOS

PARTIDAS	DESTINOS	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP.(\$)/KM	IMP.(\$)/DIARIO
----------	----------	------------	----------	-------------	-----------------

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

Período de Traslados, Desde Hasta

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una cruz los días de traslado)

Días	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

--	--	--

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento