

Planilla de consentimiento. Discapacidad. Transporte. Diagrama de traslados.

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Razón Social

Domicilio de atención Localidad

Provincia Teléfono

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Email

Traslados

Partida	Destino	Viajes/Día	Km/Viaje	Imp.(\$)/Km	Imp.(\$) diario
---------	---------	------------	----------	-------------	-----------------

Dependencia Si No Monto Mensual (\$)

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

Cronograma de traslados

Periodo Desde Hasta Año

IDA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta

Horarios

VUELTA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta

Horarios

Observaciones

Firma del responsable del Traslado

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario N° Beneficiario N° DNI

Firma del Beneficiario o del Representante

Aclaración del firmante

Parentesco

N° DNI del firmante

Lugar del Consentimiento Fecha del Consentimiento