

**CONFORMIDAD TRANSPORTE**

Apellido y nombre del beneficiario: .....

Número de afiliado y/o DNI: .....

Yo.....con DNI

.....doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo desde

.....hasta.....

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR.**

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de  
.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento de Identidad: .....

