O.S.J.P.V.Y F.R.A

Obra Social de Jardineros

INSCRIPCION ANSSAL 110107

DISCAPACIDAD

CONSENTIMIENTO - DIAGRAMA DE TRASLADOS - TRANSPORTE

Lugar y fecha de emisión:

Razon Social del prestador:

Domicilio:

Localidad/Provincia Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

# TRASLADOS

PARTIDA desde:

DESTINO Hasta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Viajes por día | | Km por viaje | | Valor por KM | | Valor Diario | | Hasta | | Dependencia Si/No | | Monto Mensual | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Período/ Desde | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| CRONOGRAMA DE ASISTENCIA | | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| DIAS | | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | |
| HORARIO | | De  A: | | De  A: | | De  A: | | De  A: | | De  A: | | De  A: | |

Observaciones:

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario:

DNI: Nº BENEFICIARIO:

Firma Beneficiario/Representante Aclaración y DNI

Pte. Luis Sáez Peña 480 - CABA Tel: 4381-7475