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 | DeA: | DeA: | DeA: | DeA: | DeA: | DeA: |

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