



DISCAPACIDAD - TRANSPORTE - DIAGRAMA DE TRASLADOS - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio : _____ Teléfono: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Nombre del Beneficiario: _____ DNI: _____

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/IDA	KM VIAJE	IMP \$ KM	IMP \$ DIARO

Dependencia (S/N): _____ Monto mensual: \$ _____

Período traslado Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de traslados (marque con una cruz los días de traslado)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

Observaciones: _____

Firma Responsable del transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____ DNI: _____

Nº de Beneficiario: _____

Firma Beneficiario/a o Responsable

Aclaración

DNI Firmante

Lugar y Fecha de consentimiento