



Obra Social del Personal Administración y Técnico de la Construcción y Afines
Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9

Discapacidad – Transporte Diagrama de traslados Consentimiento

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador/a: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario/a: _____

DNI: _____

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/IDA	KM/VIAJES	IMP(\$)/KM	IMP(\$)/DIARIO

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

Período traslados Desde _____ Hasta _____

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

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones

Firma responsable del transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al beneficiario/a: _____

DNI: _____ N° de beneficiario/a: _____

Firma beneficiario/a o representante

Aclaración

DNI de la persona firmante

Lugar y fecha de consentimiento: