



DISCAPACIDAD –TRANSPORTE –

Lugar y fecha de Emisión:
Razón Social del prestador:
Domicilio de atención:
Localidad / Provincia:.....Teléfonos:.....
Nombre Beneficiario: DNI:

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	----------------

.....
.....
.....

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

Periodo Ciclo lectivo, DesdeHasta

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

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:
.....
.....

Firma Responsable de Institución: Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

DNI: Nro. De Beneficiario:

Aclaración:

Firma Beneficiario o Representante:DNI Firmante:

.....

Lugar y Fecha de Consentimiento _____