

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

DIAGRAMA DE TRASLADOS // CONFORMIDAD Discapacidad – Transporte- FORMULARIO 08

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

TRASLADOS	Domicilio de Partida	<input type="checkbox"/>	Domicilio de Destino	<input type="checkbox"/>	Km por Viaje	Importe /diario	Importe mensual

Dependencia: SI NO

Monto mensual: _____

CRONOGRAMA DE TRASLADO

Tto.	Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones _____

Firma responsable del transporte

Aclaración

CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario/a o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____