

# 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: \_\_\_\_\_