

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

JUSTIFICACIÓN KILOMETRAJE - FORMULARIO 15

Fecha: ____ / ____ / ____

A quien corresponda:

Por la presente, solicito autorizar la ruta de transporte presentada hacia la/las prestación/es _____

para el asociado _____

DNI _____

El motivo de diferencia de kilometraje que no se ajusta a la normativa vigente de recorrido más corto
(detallar motivos)

Firma de transportista _____

Aclaración _____

DNI _____