

**DISCAPACIDAD - TRANSPORTE
DIAGRAMA DE TRASLADOS
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

TRASLADOS

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

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

Periodo traslados, Desde: _____ Hasta: _____

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

| DIAS | 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 descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro. Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____