

DISCAPACIDAD- TRANSPORTE- DIAGRAMA DE TRASLADOS - CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha de emisión:

Razón Social del prestador:

Domicilio:

Localidad y Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario

DNI

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	viajes/DIA	KM/VIAJE	IMP/KM	IMP/DIARIO

Dependencia S/N:

monto mensual:

Periodo ciclo lectivo - desde:

-Hasta:

Cronograma de traslados:

DIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	DE	DE	DE	DE	DE	DE
HORARIOS	A	A	A	A	A	A

Observaciones

Firma del responsable del transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al

Beneficiario

DNI

Nº beneficiario

Firma del beneficiario responsable

Aclaración

DNI firmante:

Lugar y fecha de Consentimiento: