

**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 descrito precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración:

DNI Firmante

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____