

Fecha de Emisión: _____

DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Razón Social del prestador: _____

Domicilio: _____ Teléfono () _____

Email: _____ N° CUIT: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Período, desde (MM/AAAA): _____ hasta (MM/AAAA): _____

DIAGRAMA DE TRASLADO:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	km por viaje	Importe diario	Importe mensual	Prestación
1						
2						
3						

CRONOGRAMA DE TRASLADO: Marcar con una cruz los días de traslados

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1					
2					
3					

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí – No

Valor del km: _____

Monto mensual: _____

 Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado/DNI: _____

Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde _____ hasta: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre De _____

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____