



**OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE  
TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6  
Moreno 3037 Capital Federal

**FORMULARIO PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD:  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Fecha:     /     /

<b>DATOS DEL AFILIADO:</b>			
<b>Apellido y Nombre:</b>			
<b>Edad:</b>		<b>Sexo :</b>	
<b>Documento:</b>		<b>Nro. :</b>	
<b>Tipo:</b>			

- a) En la columna horario detallar la franja horaria en la que el afiliado recibe la prestación, señalando el horario de inicio y fin.
- b) En la columna DÍAS colocar el día que recibe la prestación especificando el nombre de la misma.

<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL BENEFICIARIO DE OBRA SOCIAL CON CERTIFICADO CON DISCAPACIDAD</b>								
<b>Horario</b>		<b>DÍAS (colocar el nombre de la prestación)</b>						
<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<b>08 :</b>								
<b>20:</b>								

.....  
**Firma del Padre / Madre /  
Tutor**

.....  
**Aclaración**

.....  
**Tipo y Nro. de  
Documento.**