

**CONSENTIMIENTO PLAN DE
TRATAMIENTO INSTITUCIONES**

RESOL. 887-E/2017



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE

COLECTIVO DE PASAJEROS

REG. INOS 1-2160

MORENO 3037 – CABA

4011-5100

Lugar y fecha de emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad / Provincia:

Teléfono: Mail:.....

Apellido y Nombre Beneficiario:

DNI Nº:

Prestaciones a Brindar: (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Tipo de Jornada (Simple o Doble): Dependencia (S/N):

Matrícula (\$): Monto Mensual (\$): Categoría:

Período Ciclo lectivo, Desde: Hasta:

Cronograma de asistencia:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO:

Por la presente dejo constancia de mí consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

Beneficiario:

DNI Nº: Nro. Beneficiario:

Aclaración:

Firma Beneficiario o Representante

DNI Nº Firmante:

OSCTCP – Sede Central

Prestaciones por Discapacidad

Moreno 3053 – CABA

Tel. (011) 4011 - 5100