

**CONSENTIMIENTO DIAGRAMA
DE TRASLADOS - TRANSPORTE**

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:

Localidad / Provincia:

Teléfono: Mail:.....

Apellido y Nombre Beneficiario:

DNI Nº:

TRASLADOS:

PARTIDA			DESTINO			
VIAJES / DÍA		Km / Viaje /Día		IMP (\$)/ Km		IMP (\$) DIARIO

Dependencia (SI/NO): Monto Mensual (\$):

Período de traslados, Desde: Hasta:

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

.....
.....
.....

Firma Responsable del Transporte

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