



**O.S.C.T.C.P.**

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

MORENO 3037-CABA

RNOS 1-21606

**CONFORMIDAD TRANSPORTE**

Fecha: .... / ..... / .....

Apellido y nombre del beneficiario:.....

D.N..I del Afiliado:.....

Yo..... con Documento Tipo (.....) N°

....., doy mi conformidad al diagrama de traslado por el periodo:

Desde..... hasta.....

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: tipo (.....) N° .....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado por la ley 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: tipo (.....) N° .....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado pen la ley 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada