



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