

AREA DE DISCAPACIDAD

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: ____ / ____ / ____

1. DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social: _____

CUIT: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguros: _____ Póliza nº: _____

2. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre del afiliado: _____

DNI: _____ Nº de Afiliado: _____

Período solicitado desde: _____ hasta: _____

3. DIAGRAMA DE TRASLADO (Especificar domicilio exacto, localidad).

Viaje	Domicilio de partida*	Domicilio destino*	Km por viaje (ida y vuelta)	Importe diario	Km mensuales

4. CRONOGRAMA DE TRASLADO (Especificar días y horarios de traslado).

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Total de km mensuales: _____

Dependencia (sujeto a evaluación): SI ☐ NO ☐

Valor del Km: _____

Monto mensual _____

.....
Firma y aclaración del prestador

Fecha: ____ / ____ / ____

CONFORMIDAD DE PRESTACION DE TRANSPORTE

Apellido y nombre del afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

YO _____ con Documento Tipo (____),

N° _____ doy mi conformidad al diagrama de
traslados por el período desde _____ hasta _____

Firma _____

Aclaración _____

DNI _____

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD,
COMPLETAR LO SIGUIENTE:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre del afiliado:

Manifiesto ser familiar/ responsable/ tutor y autorizo el diagrama de traslados:

Firma _____

Aclaración _____

DNI _____

Teléfono _____

Firma del Prestador

Aclaración _____