

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión:.....

OSPECON:

Nombre y Apellido del Beneficiario:.....

DNI Beneficiario..... CUIL Titular.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Nombre del Prestador:..... N°.....

CUIT:.....

Mail:..... Teléfono:

Compañía de Seguros:..... N° Póliza:

Periodo: DESDE.....HASTA.....

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio Partida	Domicilio de Destino	Km por Viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km Mensuales:

Dependencia (Sujeto a Evaluación) SI NO

Valor del Km:

Monto Mensual:

***Presentar constancia de alumno regular o del lugar donde concurre con Domicilio, días y horarios.**

NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

.....
Firma Responsable del Transporte

.....
Aclaración

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario:.....DNI:.....

.....
Firma Beneficiario o representante

.....
Aclaración

.....
DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:.....

