

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión: _____

OSPECON:

Nombre y Apellido del Beneficiario _____

DNI Beneficiario _____ CUIL Titular: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

TRANSPORTE Desde _____ hasta _____ 2024

Domicilio Origen _____ Localidad _____

Domicilio Destino _____ Localidad _____

Prestación a la que asiste _____

Cantidad de:

Viajes semanales: _____ Viajes mensuales: _____

Kilómetros por viaje: _____ Kilómetros diarios (IDA Y VUELTA) _____ Kilómetros Mensuales _____

Valor kilómetro \$ _____

Total valor mensual: \$ _____

Nombre del Prestador: _____ N° _____

CUIT: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones: _____

***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

CONSENTIMIENTO

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: _____