

ANEXO II

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – CP (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE DIAGRAMA DE TRASLADOS CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:.....

Domicilio de atención:.....

Localidad/ Provincia:.....Teléfono:.....

Nombre del Beneficiario:.....

DNI:.....

TRASLADOS:

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/IDA	KM/VIAJES	IMP(\$)/KM	IMP(\$)/DIARIO

Dependencia (S/N):.....Monto Mensual (\$):.....

Período Ciclo Lectivo: Desde: Hasta:

Cronograma de Traslados (marcar con una cruz los días de los traslados):

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

.....
.....
.....

.....
Firma Responsable de Institución

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

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

.....

.....
Firma Beneficiario o Representante

.....
Aclaración:
DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento: