

SOLICITUD DE TRASLADO A REHABILITACIÓN A FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Lugar de emisión:..... Fecha:.....

DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO:

Apellido y nombre :

D.N.I:

Domicilio:.....

Teléfono:.....

Localidad:.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

CUIT:

Teléfono:.....

Domicilio donde se realizará la prestación:.....

E-mail:.....

Localidad:.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA:

Transporte desde (domicilio del afiliado).....a (lugar de rehabilitación.).....
situado en calle....., de la localidad de

Km diarios (ida y vuelta):.....

Período solicitado: desde.....hasta..... año.....

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps(www.google.com.ar/maps), acompañado de su respectivo mapa.

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

HORARIOS		DIAS				
DESDE	HASTA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA