

# O.S.P.I.V

## Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

INSCRIPCION ANSSAL 12200/5

<b>DISCAPACIDAD</b> <b>CONSENTIMIENTO - DIAGRAMA DE TRASLADOS - TRANSPORTE</b>
---

Lugar y fecha de emisión:

Razon Social del prestador:

Domicilio:

Localidad/Provincia

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

### TRASLADOS

PARTIDA desde:

DESTINO Hasta:

Viajes por día	Km por viaje	Valor por KM	Valor Diario	Dependencia Si/No	Monto Mensual
Período/ Desde			Hasta		

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO	De A:	De A:	De A:	De A:	De A:	De A:

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable del Transporte

\_\_\_\_\_  
Aclaración

### CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema del transporte descripto precedentemente al:

Beneficiario:

DNI:

Nº BENEFICIARIO:

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario/Representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI