

CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Localidad: _____ Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____ DNI: _____ Edad: _____

Yo: _____ DNI: N° _____

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período de los meses
de _____ a _____.

El traslado será exclusivo para desarrollar actividades en: _____,

el recorrido comprende desde _____ hasta: _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada realizada en nombre

De : _____

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:



CONFORMIDAD DE PRESTACIONES
DECLARACION JURADA

Localidad: _____ Fecha _____ / _____ / _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo: _____ con DNI N° _____, doy
mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en

5- ESPECIALIDAD: _____

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: _____ DESDE: _____ HASTA: _____

6- ESPECIALIDAD: _____

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: _____ DESDE: _____ HASTA: _____

7- ESPECIALIDAD: _____

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: _____ DESDE: _____ HASTA: _____

8- ESPECIALIDAD: _____

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: _____ DESDE: _____ HASTA: _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada realizada en nombre

De : _____

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento: