

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN – TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Número de Afiliado / DNI: _____

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº, doy mi conformidad a diagrama de traslado por el periodo desde..... hasta.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

Firma:

Aclaración:

Documento: