



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

R.N.O.S. – 1-2170-5

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI del afiliado: _____

Yo..... con DNI N°.....,

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

Desde:.....

Hasta:.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N°19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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 o tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N°19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.