

**Consentimiento Transporte 2026
(Escuelas - CET - CD)**

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____

DATOS DEL PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL: _____ CUIT: _____

DIRECCIÓN DONDE SE OFRECE LA PRESTACIÓN: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

TRANSPORTE A: _____

PERÍODO DE ATENCIÓN: _____

VALOR PRESTACIONAL CONFORME A NOMENCLADOR: _____

CRONOGRAMA:

VIAJE DE IDA:

DESDE CALLE:

LOCALIDAD:

HASTA CALLE:

LOCALIDAD:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hora					



**Consentimiento Transporte 2026
(Escuelas - CET - CD)**

VIAJE DE REGRESO:

DESDE CALLE: LOCALIDAD:

HASTA CALLE: LOCALIDAD:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hora					

Especificación de los apoyos que se brindarán por el Adicional de Dependencia:

Firma y Aclaración del
Responsable del Servicio

Consentimiento: Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestación descripta anteriormente al:

BENEFICIARIO:

DNI:

Firma Beneficiario / Representante

Aclaración

FECHA:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090