PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TRANSPORTE

Apellido y Nombre del Afiliado: _____ **DNI del Afiliado:** _____

Razón Social del Prestador: _____ **CUIT:** _____

Prestación Transporte a: _____ **Mes** _____ **de 2025**

Día	Horario	Firma Familiar
Lunes ___		
Martes ___		
Miércoles ___		
Jueves ___		
Viernes ___		
Sábado ___		
Lunes ___		
Martes ___		
Miércoles ___		
Jueves ___		
Viernes ___		
Sábado ___		
Lunes ___		
Martes ___		
Miércoles ___		

Día	Horario	Firma Familiar
Jueves ___		
Viernes ___		
Sábado ___		
Lunes ___		
Martes ___		
Miércoles ___		
Jueves ___		
Viernes ___		
Sábado ___		
Lunes ___		
Martes ___		
Miércoles ___		
Jueves ___		
Viernes ___		
Sábado ___		

Cambios de Días y/u Horarios: _____

Motivos: _____

Firma y Sello del Responsable del Transporte