

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TRANSPORTE

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI DEL AFILIADO: _____

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR: _____

CUIT: _____

PRESTACIÓN TRANSPORTE A : _____ MES: _____ DE 20____

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
 Responsable del Transporte

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar

5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090