

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____		
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____		
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