

AREA DE DISCAPACIDAD PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Lugar de emisión: _____ Fecha ____ / ____ / ____

1. DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social: _____

CUIT: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguros: _____ Póliza n°: _____

2. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre del afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

Período solicitado desde: _____ hasta: _____

3. DIAGRAMA DE TRASLADO (Especificar domicilio exacto, localidad)

Viaje	Domicilio de partida*	Domicilio de destino*	Km por viaje (ida y vuelta)	Importe diario	Km mensuales
1					

4. CRONOGRAMA DE TRASLADO (Especificar días y horarios de traslado)

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Total de km mensuales: _____

Dependencia (sujeto a evaluación): SI__ NO __

Valor del Km: _____

Monto mensual: _____

Firma y aclaración del prestador

O.S.P.I.A.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA AZUCARERA

Congreso 342/8 CP 4000 San Miguel de Tucumán

5. CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Lugar de emisión: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del afiliado: _____

DNI: _____ Nº de Afiliado: _____

YO _____ con Documento Tipo (_____)

Nº _____ doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período desde _____ hasta _____.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR LO SIGUIENTE:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre del afiliado: _____

Manifiesto ser familiar/ responsable/ tutor y autorizo el diagrama de traslados:

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y aclaración del prestador