

IMPORTANTE! Completar ambos campos en caso que no firme la persona con discapacidad

Conformidad de Transporte

Fecha de Emisión: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado/DNI: _____

Yo _____ con documento Tipo (_____)

Nº _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

desde: _____ hasta _____.

Firma: _____

Aclaración: _____

Si el firmante no es la persona con discapacidad, completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: _____

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

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____