

DISCAPACIDAD: TRANSPORTE

SOLICITUD CAMBIO DE INSTITUCION (Inst c/convenio/Esc.Publica, etc.)

Nombre Titular: _____

DNI: _____ N° de Beneficio: _____

Domicilio y Localidad: _____

Teléfono de contacto (poner en lo posible más de uno): _____

Nombre del Apoderado/Responsable/Tutor del Titular: _____

Nombre del Establecimiento: _____

Dirección y Localidad: _____

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario Ingreso y Egreso					

TRANSPORTE

Razón Social: _____

Titular del transporte: _____

Nombre del Chofer que traslada al titular: _____

Vehículo en que se realizará el traslado: _____

Dominio: _____ Cant. KM por viaje: _____

ENVIAR LINK DE GOOGLE MAPS al mail transportesincluirsalud@gmail.com

Por la presente se deja constancia del consentimiento

de traslado del titular:

Firma Titular o Responsable

Aclaración

DNI

Firma Transportista

Aclaración

DNI

Lo suscripto tiene carácter de Declaración Jurada.