

**Planilla de Asistencia Traslados**

Razón Social del Transporte .....  
 Correo Electrónico y teléfono del Prestador.....  
 Dejo constancia que el Beneficiario.....  
 Con domicilio en.....  
 Fue trasladado durante el mes de..... De 2020.  
 Hacia la prestación de.....  
 Con domicilio en.....  
 Km. Diarios: ..... Km. Mensuales..... Dependencia: SI - NO

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Firma y Sello del Prestador: .....

Firma del Beneficiario y/o Responsable: .....

Aclaración:..... DNI:.....