

## ANEXO A 2

### INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes \_\_\_\_\_ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

**PERÍODO ASPO / DISPO 2020**

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

☐ SÍ ☐ NO MOTIVO:

---

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ☐ ALIMENTOS ☐ MATERIAL DIDÁCTICO ☐ OTROS

---

☐ PRESENCIAL

**PERÍODO APSO / DISPO 2021**

PRESTACIÓN

TIPO DE ASISTENCIA

	TRASLADO DE: <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE: <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE: <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE: <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR