

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 2021.
 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:.....