

## CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:    /    /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo (\_\_\_\_) N°, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

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

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_