

# Formulario 005 - Programa de Discapacidad

## Consentimiento de Transporte

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de Emisión

 /  / 

Fecha

Conformidad Prestación para el Año \_\_\_\_\_

### Confeccionar una Planilla por Destino

Por el presente dejo constancia y presto mi conformidad a la prestación de transporte que,

(Razón Social o Nombre del Prestador)

brinda a mi

(Parentesco)

(Apellido y Nombres)

(Número de DNI)

Por el período

(Desde)

(Hasta)

Bajo la modalidad Transporte a

(Indicar Destino)

De acuerdo al siguiente cronograma:

### Ida y Vuelta

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>
	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>

### Prestador

Firma

Sello o Aclaración

Sello de la Institución

### Responsable

Firma

Aclaración

Número de DNI

Vínculo