

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CONFORMIDAD PRESTACIONAL TRANSPORTE 2026

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de Afiliado: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

con Documento Tipo (\_\_\_\_\_) N.º \_\_\_\_\_, doy mi conformidad al diagrama de traslados debajo indicado.

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 2026

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de declaración jurada.

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

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_.

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

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

Vínculo: \_\_\_\_\_