



# PLANILLA DE ASISTENCIA -TRASLADOS

\*\*\* COMPLETAR CON LAPICERA AZUL \*\*\*

PRESTADOR

TELEFONO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO

DNI:

CON DOMICILIO EN:

LOCALIDAD

FUE TRASLADADO DURANTE EL MES:

HACIA LA PRESTACION:

CON DOMICILIO EN:

LOCALIDAD

DIA	Fecha dd/mm/aa	Firma del familiar responsable
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

DIA	Fecha dd/mm/aa	Firma del familiar responsable
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

-----  
FIRMA FAMILIAR RESPONSABLE

-----  
ACLARACION

-----  
VINCULO Y DNI

LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

-----  
FIRMA DEL TRANSPORTISTA

-----  
ACLARACION Y SELLO

\* Se deberá anexar una planilla por cada destino que realice el afiliado

Ejemplo: traslado a Escuela, traslado a kinesiología (ADJUNTAR 2 PLANILLAS)

\* No se aceptan planillas modificadas