

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

DIA	Fecha	Firma del familiar
	dd/mm/aa	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

FIRMA DEL TRANSPORTISTA

ACLARACION Y SELLO

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

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

* No se aceptan planillas modificadas