Fecha: _____/_____/_____

CONFORMIDAD PRESTACIONAL TRANSPORTE 2027

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_____2027

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 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: _____

Vinculo: _____