

FECHA DE EMISIÓN CUIL

RAZÓN SOCIAL

MAIL TELÉFONO

COMPANÍA DE SEGUROS

PÓLIZA N°:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PERÍODO DESDE HASTA

DIAGRAMA DE TRASLADO

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DESTINO	KM POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CRONOGRAMA DE TRASLADO

Marcar con una cruz los días de traslado

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL KM MENSUALES ADICIONAL DEPENDENCIA 35%(SUJETO A EVALUACIÓN) SI / NO

VALOR DEL KM MONTO MENSUAL

DEL TRANSPORTISTA:

.....
Firma

.....
Aclaración

CONFORMIDAD DEL TRANSPORTE

FECHA NOMBRE Y APELLIDO

DNI

Yo con Documento Tipo N°
doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde hasta

.....
Firma

.....
Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de
Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI