(AT en Aula, Maestra Apoyo, Apoyo a la Integr. Escolar)

ANEXO II- PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL DE TRANSPORTE

La presente tiene carácter de declaración Jurada

APELLIDO Y NOMBRE	
DOCUMENTO	
RAZON SOCIAL/ PRESTADOR	
Nº DE FACTURA RELACIONADA	
PERÍODO (MES Y AÑO)	

Transporte a (Indicar tipo de terapia y/o razón social de la institución) .....

Partida desde (Calle y número, localidad y provincia) .....

.....

Hasta (Calle y número, localidad y provincia) .....

.....

Cantidad Viajes	Fecha DD/MM/AA	Hora de Inicio	Hora de Finalización	Cantidad de Kilómetros recorridos	Firma y sello del asociado titular, padre, madre o tutor legal
Nro 1	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 2	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 3	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 4	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 5	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 6	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 7	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 8	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 9	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 10	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 11	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		

Firma y sello de la Entidad de destino

Firma y sello del transporte