2027 - CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Fecha: / /

Apellido y nombre del/la beneficiario/a: _____

N° de afiliado/ DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad y provincia: _____

Yo _____ con documento tipo _____Nº _____

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo: _____ (año)

Desde: _____ Hasta: _____(meses)

FIRMA: _____

ACLARACIÓN:_____

DNI:_____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 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:

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:_____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Juarda.