# OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

**R.N.O.S. nº 1-01208**

## CONFORMIDAD TRANSPORTE

**Fecha:** ..... / ..... / .....

**Apellido y nombre del beneficiario:** .....

**Número de Afiliado / DNI:** .....

Yo ..... con Documento Tipo (.....) Nº ....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

**desde:** ..... **hasta:** .....

**Firma:** ..... **Aclaración:** .....

**Documento:** .....

**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:** .....

**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.*