OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 1.4 - CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Fecha: …../……/……..

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

Yo, ..., con Documento Tipo: .....

Nº: ....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período de la prestación:

Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Firma: …….. Aclaración: ……..

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 (Madre/ Padre/ Tutor):

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en mi carácter de familiar/responsable/tutor doy conformidad y autorizo el diagrama de traslados.

Nombre y Apellido:.....

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: ……..

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.