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

2027 - ANEXO 5 - PRESUPUESTO de TRANSPORTE

Fecha: …../……/…….

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....……...

Número de CUIL: .....……

DATOS DEL/LA PRESTADOR/A

Nombre y apellido / Razón social del Prestador:…….

N º CUIT:……..

E-mail: ……...Teléfono: ……

Compañía de Seguros:……. N° de Póliza……

Diagrama de traslado a ……..…. (Indicar prestación a la que asiste)

Período: Desde: …… Hasta…….. 2027

Domicilio de partida	Domicilio de Destino	Km diario ida y vuelta	Importe diario	Importe Mensual

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Total km mensuales:……...Valor Km: $…….Monto mensual total: $……..

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si……..No……..

De solicitar **DEPENDENCIA** enumerar los Apoyos específicos que se brindarán:

……

……

……

Firma y sello del/prestador/a

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

D.N.I: …… Firma: ……

Parentesco:..... Aclaración:.....

* Es **obligación** completar todos los campos