OSUTHGRA

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

Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector Facturación DISCAPACIDAD - Teléfono: 4341-8090 Int.: 896
ape.facturacion@uthgra.org.ar

ANEXO II FACTURACIÓN - PLANILLA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

(**IMPORTANTE:** CADA NÚMERO DE CASILLERO ES LA FECHA QUE CORRESPONDE AL DÍA DEL MES CALENDARIO)

Nombre y Apellido del Beneficiario:……

Mes y Año:…… Prestación a la que concurre:.....

Dirección Partida:.....…… Dirección Destino:.....

FECHA	Firma PdC o Familiar responsable/Tutor	FECHA	Firma PdC o Familiar responsable/Tutor
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			

Los datos consignados en el presente Anexo tienen carácter de Declaración Jurada.

En los casilleros colocar la **Firma de la PdC o del Familiar responsable/Tutor** en el día de atención correspondiente.

Firma y sello del Transportista …….. Firma y sello del Profesional / Prestador donde asiste

La conformidad de la institución o del profesional es requisito obligatorio y la falta será motivo de RECHAZO.

Todas las firmas deben ser ológrafas (de puño y letra).