FORMULARIO SCS-FR05049-R03

FORMULARIO DE ASISTENCIA DE TRASLADOS

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Nombre y Apellido o Razón Social del Transporte: _____

Dejo constancia que el Asociado (Nombre y Apellido): _____ *N° DNI:* _____

con domicilio en: _____ *Localidad:* _____ *Provincia:* _____

Fue trasladado durante el mes/año (Ej. Junio 2026): _____ *para efectuar la prestación*

(Nombre de la Prestación): _____

con domicilio en: _____ *Localidad:* _____ *Provincia:* _____

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Indicar con un guión (en Ida y/o Regreso) si el traslado no se efectuó

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

Importante: Se deberá anexar 1(una) Planilla por cada destino que realice el Asociado.
Ejemplo: Traslado a Escolaridad + Traslado a Kinesiologia= Adjuntar 2 Planillas.

SCS-FR05049-R03