

**SOLICITUD DE TRASLADO A REHABILITACIÓN A FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Lugar de emisión:..... Fecha:.....

**DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO:**

Apellido y nombre : .....

D.N.I: .....

Domicilio:..... Teléfono:.....

Localidad:.....

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Razón Social:.....

CUIT: ..... Teléfono:.....

Domicilio donde se realizará la prestación:..... E-mail:.....

Localidad:.....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA:**

Transporte desde (domicilio del afiliado)..... a (lugar de rehabilitación.).....

situado en calle....., de la localidad de .....

Km diarios (ida y vuelta):.....

Período solicitado: desde.....hasta..... año.....

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps([www.google.com.ar/maps](http://www.google.com.ar/maps)), acompañado de su respectivo mapa.

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA**

<b>HORARIOS</b>		<b>DIAS</b>				
<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>

**FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA**