

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE



Fecha de emisión del presupuesto:/...../.....

Prestador.....CUIT.....

E-Mail de contacto Teléfono.....

Compañía de Seguro.....Póliza Nro.

Nombre y Apellido del Beneficiario.....DNI.....

Domicilio: Localidad:.....Provincia:

Periodo: Desde/...../..... - Hasta/...../..... Destino:
(por ejemplo Colegio)

DIAGRAMA DE TRASLADO: (En domicilio informar calle, nro., localidad y provincia excluyentes)

Viaje	Domicilio partida	Domicilio destino	km x viaje	Importe x viaje
1 ida				
2 vuelta				

CRONOGRAMA DE TRASLADOS: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyentes)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						

Total Km diarios Total km semanales **Total Km mensuales.....**

Valor del Km \$..... (*) Adicional por Dependencia (Sujeto a Evaluación) SI ☐ NO ☐

Monto diario \$..... Monto semanal \$..... **Monto Mensual \$**

(*) En caso de dependencia deberá adjuntar informe especificando los apoyos que se brindarán

**No se reconocen prestaciones no autorizadas
previamente ni retroactivas**

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE:

Fecha del consentimiento/...../.....

Apellido y Nombres Beneficiario.....

Número de afiliado D.N.I.nro.....

Yo..... doy mi conformidad al diagrama de traslado

por el Periodo: **Desde**/...../..... - **Hasta**/...../.....

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre del beneficiario y manifiesto ser familiar responsable / tutor.

FIRMA

ACLARACIÓN

NRO. DOCUMENTO