

ANEXO II

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021

Apellido y Nombre del beneficiario:

Numero de afiliado:

DNI:

PERIODOD ASPO/DISPO 2020

¿Brindó la prestación de Transporte durante el periodo de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SI NO MOTIVO: _____

¿En qué modalidad prestacional brindo Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDACTICO OTROS _____

PRESENCIAL

PERIODOD ASPO/DISPO 2021

PRESTACIÓN

TIPO DE ASISTENCIA

	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACION Y DNI DEL PRESTADOR