

Aclaración:

Documento:

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)
N°,doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:
desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, deajo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Deajo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.12 15:18:23 -03:00

Juan Jose Picon
Gerente
Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.12 15:18:24 -03:00