

AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE

DATOS DEL AFILIADO /

Trámite N° _____ Afiliado N°: _____

Apellido y Nombres: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Familiar responsable: _____

DIAGNOSTICO /

Solicitud de autorización de transporte por el período: ___/___/___ al ___/___/___

En caso de prórroga indicar fecha de inicio: ___/___/___

Cobertura de traslado desde _____ hasta _____

Institución a la que concurre (marcar con una cruz)

Esc. Esp.

C. de día

C.E.T.

Otros

Nombre de la Institución: _____

El traslado será realizado en: _____

Trayecto diario: _____ Km. Trayecto mensual: _____ Kms.

Valor del Km. según resolución 54/05: \$ _____

INFORME DE AUDITOR REGIONAL

_____ Fecha: ___/___/___

Firma y sello

INFORME DE AUDITOR CENTRAL

Se autoriza

SI

NO

Por el término de: _____ a partir del: _____

Se reconoce la suma de \$ _____ mensuales.

Valor total del período autorizado: \$ _____

OBSERVACIONES: _____

_____ Fecha: ___/___/___

Firma y sello