Formulario No 03 – Consentimiento transporte

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE AÑO 202_ - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 1743/24 SSS

Fecha:_____ /_____ /_____

Apellido y nombre del beneficiario con CUD:_____

Número de Afiliado o DNI: _____

Yo_____con Documento Tipo (_____)

Nro._____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período

desde_____Hasta_____202_.

Firma:_____ Aclaración:_____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificaciones.
La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de _____.

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente. Autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____ Aclaración: _____ Documento: _____

Lugar y fecha: _____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificaciones.
La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.