FORM.020

****

**PLANILLA DE ASISTENCIA - TRANSPORTE**

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MES Y AÑO PRESTACIONAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRESTACION A LA QUE ASISTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RAZON SOCIAL DEL TRANSPORTISTA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha (día/mes/año) | Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable |  | Fecha (día-mes-año) | Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***\*Aclaración: En cada renglón deben indicar fecha y firma por cada día asistido.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del Transportista.

Moreno 2681 (1094) Balvanera C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321

Obra Social de Relojeros,Joyeros y Afines de Arg.

           Valentin Gómez 3828.C1191AAV -CABA

   Tel: 0800-333-3420 Directo:6073-8244/6073-3620

[www.osrja.org.ar](http://www.osrja.org.ar/) // [discapacidad01@osrja.org.ar](mailto:discapacidad01@osrja.org.ar)