



PLANILLA DE ASISTENCIA -TRASLADOS

*** COMPLETAR CON LAPICERA AZUL ***

PRESTADOR _____ TELEFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO _____ DNI: _____

CON DOMICILIO EN: _____ LOCALIDAD _____

FUE TRASLADADO DURANTE EL MES: _____ HACIA LA PRESTACION: _____

CON DOMICILIO EN: _____ LOCALIDAD _____

DIA	Fecha dd/mm/aa	Firma del familiar
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

DIA	Fecha dd/mm/aa	Firma del familiar responsable
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		

FIRMA FAMILIAR RESPONSABLE

ACLARACION

FIRMA DEL TRANSPORTISTA

VINCULO Y DNI

ACLARACION Y SELLO

AÑO 2025

* Se debera anexar una planilla por cada destino que realice el afiliado

Ejemplo: traslado a Escuela, traslado a kinesiologia (ADJUNTAR 2 PLANILLAS)

* No se aceptan planillas modificadas