

**Anexo XII**

**DISCAPACIDAD – TRANSPORTE**  
**DIAGRAMA DE TRASLADOS**  
**CONSENTIMIENTO**

Fecha y lugar de emisión: .....

Razón social del prestador: .....

Domicilio: .....

Localidad / provincia: ..... Teléfono: .....

Nombre beneficiario: .....

DNI: .....

**TRASLADOS**

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DÍA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	-------------------

.....  
 .....  
 .....

Dependencia (SI/NO): ..... Monto Mensual (\$): .....

Periodo traslados, desde  hasta

Cronograma de traslados (marcar con una cruz los días de traslado):

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones: .....

.....

.....