

NOMBRE Y APELLIDO / RAZON SOCIAL TRANSPORTE: NUMERO PRESTADOR TRANSPORTE:

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO: NUMERO DE AFILIADO :

DOMICILIO AFILIADO : MES PRESTACION :

DETALLAR TIPO DE ASISTENCIA EN CADA DIA

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

.....
FIRMA INSTITUCION

.....
**FIRMA CONFORMIDAD PADRE / TITULAR /
 TUTOR / RESPONSABLE**

.....
FIRMA Y SELLO TRANSPORTISTA

Las firmas deberán estar consignadas en c/u de los días asistidos. De ser un tercero deberá acreditarse vínculo.
 NO se contemplarán las firmas cruzadas que abarquen más de un día.
 Los débitos realizados en relación a la falta de datos en las planillas de asistencias no serán acreditados.
SIN EXCEPCIÓN.

Sede Central
Marcelo T. de Alvear 758.
Bº Güemes - Córdoba

Horario de atención:
de 08:00 a 20:00 hs.

Centro de atención al afiliado: 0800 888 2776
E-mail: comunicaciones.apross@cba.gov.ar
www.apross.gov.ar