

**CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE**

Fecha de Emisión:...../...../.....

Prestador: .....

Domicilio: .....

Teléfono: ..... Mail de contacto: .....

Compañía de Seguros: ..... Póliza N°: .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario:..... DNI:.....

Prestación a brindar Transporte especial a: .....

(Tipo de prestación o institución)

Período: .....

**IDA:**

Desde: .....

Hasta: .....

| Días    | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horario |       |        |           |        |         |        |
| Km ida  |       |        |           |        |         |        |

**VUELTA:**

Desde: .....

Hasta: .....

| Días      | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-----------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horario   |       |        |           |        |         |        |
| Km vuelta |       |        |           |        |         |        |

**TOTALES KM DIARIOS**

| Días              | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Km Ida+ Km Vuelta |       |        |           |        |         |        |

**Total Km. Mensuales:**

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta).....

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI NO

**Consentimiento**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al beneficiario:

..... DNI: .....

Firma y Aclaración Beneficiario o representante

Firma y Aclaración del Transportista