



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadis capacidad@ospapel.org.ar

Fax: 4301-0512

CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTE

Lugar: Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: DNI:

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido/Razón social:

Domicilio: Localidad y Provincia:

Poliza N.º: Teléfono:

Mail: Celular:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Lugar donde se traslada

Origen: Localidad:

Destino: Localidad:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Periodo Desde: Hasta: Año:

Prestación con dependencia 35%
SI Total KM mensuales:

EN CASO DE DEPENDENCIA INDICAR APOYOS BRINDADOS

No esta justificada la dependencia para menores de 6 años

La dependencia solo sera valida para transportes especiales habilitados, NO remis

Firma y aclaración del transportista

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito
precedentemente al Beneficiario con DNI

Firma Aclaración
DNI