



**ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN – TRANSPORTE**

Fecha: ...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Número de Afiliado / DNI: \_\_\_\_\_

Yo.....  
.....con Documento Tipo (.....) Nº  
....., doy mi conformidad a diagrama de traslado por el periodo  
desde.....  
hasta.....

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:**

Por la presente, deo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre  
de.....

.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....