



<b>CONSENTIMIENTO</b>	<b>TRANSPORTE</b>
-----------------------	-------------------

Santa Fe, 19 de Diciembre de 2.025 .-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al traslado que

..... Almitrani Carlos .....  
 (Razón social o nombre del prestador)

brinda a mi... Hija ..... D'Emilio Yazmin - DNI: 45805285 .....  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

por el periodo... Enero 2026 hasta Diciembre 2026 .....  
 (Desde mes/año - hasta mes/año)

Desde... Buenos Aires 1951 (Monte Vera) .....  
 (Dirección origen)

Hasta... Av. Los Quinteros 2569 (Angel Gallardo) .....  
 (Dirección destino)

Cantidad de Km diarios... 13.6 km ..... mensuales... 272 km .....

Dependencia:     SI                    NO

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

DIAS	Lunes	Marte	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	X	X	X	X	X	

Asimismo acepto la gestión a realizar por la OSUOMRA ante la Superintendencia de Servicios de Salud o ante el organismo que en un futuro lo reemplace, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

PRESTADOR	PACIENTE O RESPONSABLE
Firma: Aclaración: <u>Almitrani, Carlos</u> Sello: <b>ALMITRANI CARLOS</b> D.N.I: 28.947.057 TEL: 342-4850848 	Firma: Aclaración: <u>Nicolás Sebastián D'Emilio</u> DNI: <u>29628951</u> Vínculo: <u>Padre</u>

\* Escuelas, Centros, Terapias, etc.

☎ 342 - 4850848



✉ marce11576@hotmail.com