



CONSENTIMIENTO

TRANSPORTE

Santa Fe, 23 de FEBRERO de 2026 .-

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

SCHISCHMAN KAREN PAULA

(Razón social o nombre del prestador)

brinda a mi **HUO** **GOMEZ TIMOTEO DNI 50312679**
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

por el periodo **MARZO 2026 A DICIEMBRE 2026**
(Desde mes/año – hasta mes/año)

Desde **MISIONES 5153**
(Dirección origen)

Hasta **ESCUELA ESPECIAL N°2064 (CORTADA FALUCHO CENTRO)**
(Dirección destino)

Cantidad de Km diarios **21** mensuales **462**

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:	Firma:
Aclaración: SCHISCHMAN KAREN PAULA	Aclaración:
Sello: TRANSPORTE CHISMANGUITO Schischman Karen Paula 27-39368080-1 Karen_schischman080@hotmail.com	DNI:
	Vínculo: