



**CONSENTIMIENTO**

**TRANSPORTE**

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

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

..... Asoc. Amigos del Taller p/ Discapacitados .....  
(Razón social o nombre del prestador)

brinda a mi..... Hijo Torres Francisco - DNI. 43.958.890 .....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

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

Desde..... Mitre 1493 - Galvez .....  
(Dirección origen)

Hasta..... Av. Jorge Newbery 782 - Galvez .....  
(Dirección destino)

Cantidad de Km diarios..... 12 km ..... mensuales..... 264 km .....

Dependencia:  SI  NO

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

DIAS	Lunes	Marte	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	✓	✓	✓	✓	✓	

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>Hämmerty Francisco</u> Sello: <b>Graciela Hämmerty</b> <b>Presidente</b> <b>Asociación Amigos Del Taller</b> <b>Para Discapacitados</b>	Firma: Aclaración: <u>OSCAR TORRES</u> DNI: <u>27426110</u> Vínculo: <u>PADRE</u>

Asociación Amigos del Taller  
Para Discapacitados  
JORGE NEWBERY 782 - 774  
GALVEZ



**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que

..... Asoc. Amigos del Taller p/ Discapacitados .....  
(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle ..... Av. Jorge Newbery 782 - Galvez - Sta. Fe .....  
(Domicilio - localidad - provincia)

brinda a mi ..... Hijo Torres Francisco - DNI 43.958.890 .....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)




por el periodo ..... Enero 2026 a Diciembre 2026 ..... bajo  
(Desde - hasta)

la modalidad ..... Centro de día jornada Doble Dependencia - CAT. A. .....  
(Prestación, tipo de jornada y Categoría - indicar la dependencia en caso de corresponder)

de acuerdo al siguiente cronograma.

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: A: /

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: ..... Sello: 	Firma:  Aclaración: <u>OSCAR TORRES</u> DNI: <u>27.426110</u> Vínculo: <u>PADRE</u>