



# Obra Social

## Universidad Nacional de Rosario

Santa Fe 2579 – 2000 Rosario – Tel: 08103450413 int. 1600/2/3/4/6

E-mail: prestacionesespeciales@osunr.com.ar

### DEPARTAMENTO DE GESTION DE DISCAPACIDAD/PRESTACIONES ESPECIALES

#### TRANSPORTE

Beneficiario: .....

Período: .....

Empresa de transporte:.....Fecha...../...../.....

Domicilio del afiliado: .....

Teléfono.....Correo electrónico:.....

| Viaje | Prestación | Lugar al que concurre |           |        |         | KM viaje |
|-------|------------|-----------------------|-----------|--------|---------|----------|
|       |            | Domicilio de partida  |           |        |         |          |
| 1     |            | Domicilio de partida  |           |        |         |          |
|       |            | Domicilio de destino  |           |        |         |          |
| Lunes |            | Martes                | Miércoles | Jueves | Viernes |          |
|       |            |                       |           |        |         |          |

| 2     |  | Domicilio de partida |           |        |         |  |
|-------|--|----------------------|-----------|--------|---------|--|
|       |  | Domicilio de destino |           |        |         |  |
| Lunes |  | Martes               | Miércoles | Jueves | Viernes |  |
|       |  |                      |           |        |         |  |

Total mensual en kilómetros de todos los trayectos: .....

**PRESUPUESTO TOTAL MENSUAL (incluyendo todos los trayectos):**

.....

Debe adjuntar GOOGLE Maps por destino.                      DEPENDENCIA: SI / NO

Observaciones .....

**En caso de solicitar mas traslados duplique la hoja.**

.....

Firma y sello