



## CRONOGRAMA DE TRASLADOS

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones

Apoyos a la dependencia (especificar cuales y sus efectos):

\_\_\_\_\_  
*Firma y aclaración del responsable del transporte*

## CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente, y a que \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del beneficiario), DNI N° \_\_\_\_\_ sea transportado por \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del transportista) y \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del acompañante, si correspondiera por dependencia).

**Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Lugar y fecha de consentimiento*