

**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA**

Fecha:

Empresa:

Domicilio :

Teléfono:

Mail:

N° de CUIT:

Beneficiario de la prestación:

Nombre y Apellido: ..... N° de DNI: .....

Edad: ..... Sexo: .....

Viajes:

Lugar de salida (domicilio y localidad): .....

Lugar de llegada (domicilio y localidad): .....

**Frecuencia:** *(marcar con una X lo que corresponda)*

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Total de KM diarios: ..... Total de KM mensuales: .....

Posee dependencia: ..... (si/no) Importe total del presupuesto: .....

Periodo de la prestación de transporte: ..... (mes) hasta  
..... (mes) del año .....

.....

.....

*(Firma y sello del profesional responsable)*

**Importante: Presentar un presupuesto por cada viaje o recorrido que realice el beneficiario.**