

TRANSPORTE PLANILLA DE ASISTENCIA

ver 1 09122019

Beneficiario: DNI:

PERIODO PRESTACIONAL (MES/AÑO):

Prestador: CUIT:

CORRESPONDE A LA FACTURA PTO. DE VENTA N°

N°	Fecha	Domicilio	Firma padre/madre	N°	Fecha	Domicilio	Firma padre/madre
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			

.....
Firma y sello del Transportista