

**ANEXO I 1.2**

**INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE**

Mes \_\_\_\_\_ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

**PERÍODO ASPO / DISPO 2020**

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SÍ  NO MOTIVO: \_\_\_\_\_

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE:  ALIMENTOS  MATERIAL DIDÁCTICO  OTROS \_\_\_\_\_

PRESENCIAL

**PERÍODO APSO / DISPO 2021**

**PRESTACIÓN**

**TIPO DE ASISTENCIA**

	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS  <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS  <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS  <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS  <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR

IF-2020-67649363-APN-SSS#MS