SOLICITUD DE PRESTACIONES DE TRANSPORTE PARA EL AÑO 2026

Afiliado Titular: Nombre y apellido:
DNI:
Afiliado/a beneficiario: Nombre y apellido:
DNI:

Datos del prestador: Razón Social:
CUIT:
Teléfono:
Celular:
Domicilio legal prestador (localidad)
E-mail:

Prestación a la que se dirige	Domicilio		Km por tramo (solo ida)	Días (marcar con x)					cantidad de km semanales
	DESDE	HASTA		L	M	M	J	V	
Total MENSUAL									

Datos de la prestación solicitada:

Nota: Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.google.com.ar/maps), acompañado de su respectivo mapa.

_____
Firma, DNI y aclaración del transportista

_____
Firma, DNI y aclaración del afiliado titular

Declaro bajo juramento que la información consignada en esta solicitud es veraz y no he omitido ningún dato relevante de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, declaro conocer que cualquier omisión o falsedad se encuadraría en el art. 8 inc. a) y b) del Estatuto, nuestro cuerpo normativo, que reza lo siguiente: "Son causas de expulsión (para todos los beneficiarios: a) realizar voluntariamente un daño a la Institución u observar una conducta notoriamente perjudicial a los intereses sociales; b) Cometer actos de deshonestidad en perjuicio de la OSUNL".
Declaro además el conocimiento de las reglamentaciones vigentes.