



**ANEXO 6**

**DECLARACION DE DOMICILIO PARA TRANSPORTE**

**EL BENEFICIARIO SR. .... MANIFIESTA QUE SU  
DOMICILIO ACTUAL ES EL DE LA CALLE.....N°.....**

**DE LA LOCALIDAD.....PROV. DE .....**

**CODIGO POSTAL....., EL QUE SE COMPROMETE A MANTENER  
ACTUALIZADO Y RENOVAR CADA VEZ QUE SE PRODUZCA ALGÚN CAMBIO, Y  
QUE LOS EFECTOS DE LA APROBACIÓN DE LO SOLICITADO TENDRÁ  
CARÁCTER DE DOMICILIO LEGAL.**

**EN CASO DE FALTA DE ACTUALIZACIÓN DEL DOMICILIO IMPIDA LA  
AUTORIZACIÓN DEL TRÁMITE, ESTO IMPLICARÁ CULPA EXCLUSIVA DEL  
BENEFICIARIO, QUEDANDO EXENTA LA OBRA SOCIAL DE CUALQUIER  
RESPONSABILIDAD AL RESPECTO.**

**FECHA: .....**

**FIRMA: .....**

**ACLARACIÓN .....**

**DNI: .....**

**TELÉFONO .....**

**Central: Cerrito 228, 1° Piso, "B", Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**TEL/FAX: 4381-2507/ 0800-999-1093**

**MECANISMO DE INTEGRACION: [oscraia.discapacidad@gmail.com](mailto:oscraia.discapacidad@gmail.com)**

**FACTURACION MECANISMO DE INTEGRACION: [oscraia.caba@gmail.com](mailto:oscraia.caba@gmail.com)**