



Obra Social para el Personal  
de Obras y Servicios Sanitarios

**Prescripción Médica de Transporte**

**Para Paciente con Discapacidad**

Fecha

**Nombre y Apellido:** .....

**DNI N°:** .....

**Diagnóstico:** .....

**Justificación:** .....

**Destino de prestación:** .....

**Dependencia:** \_\_\_\_\_  **Si**  **No** \_\_\_\_\_

**Periodo:** \_\_\_\_\_ **Desde**  \_\_\_\_\_ **Hasta**  **2026** \_\_\_\_\_

Firma y  
Sello del  
Médico Tratante

**Contacto médico tratante:** .....