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* ☐ **2027**

Firma y Sello del Médico Tratante ☐

Contacto médico tratante:.....