OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

SOLICITUD DE PRESTACIONES

INSTITUCIONES - ÁREA DISCAPACIDAD

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____ **DNI:** _____

Diagnóstico: _____

PRESTACIÓN SOLICITADA (marcar una sola opción)

1. [ ] Centro de Día
[ ] Jornada simple [ ] Jornada doble

2. [ ] C.E.T.
[ ] Jornada simple [ ] Jornada doble

3. [ ] Formación Laboral
[ ] Jornada simple [ ] Jornada doble

4. [ ] Escolaridad Preprimaria
[ ] Jornada simple [ ] Jornada doble

5. [ ] Escolaridad Primaria
[ ] Jornada simple [ ] Jornada doble

6. [ ] Aprestamiento Laboral
[ ] Jornada simple [ ] Jornada doble

7. [ ] Otros (aclarar prestación): _____
[ ] Jornada simple [ ] Jornada doble

FRECUENCIA Y DEPENDENCIA

FRECUENCIA	DEPENDENCIA
Frecuencia: _____	[ ] Con dependencia [ ] Sin dependencia

OBSERVACIONES (aclaraciones adicionales que considere necesarias)

_____
_

_____
_

PERÍODO DE INDICACIÓN

Desde: ____ / ____ / 2027

Hasta: ____ / ____ / 2027

Matrícula Profesional: _____

Especialidad: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

Fecha de emisión: ____ / ____ / 2027

Esta solicitud no autoriza por sí sola la prestación. Sujeta a auditoría médica y autorización de Ospia según normativa vigente.