OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

SOLICITUD DE PRESTACIÓN

TRANSPORTE - ÁREA DISCAPACIDAD (AÑO 2027)

DATOS DEL AFILIADO

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

Diagnóstico: _____

Domicilio del afiliado:

_____

DESTINO TERAPÉUTICO (marcar una sola opción)

[ ] Centro de Día	[ ] Consultorios terapéuticos
[ ] Escolaridad (Preprimaria / Primaria)	[ ] Formación Laboral
[ ] C.E.T.	[ ] Aprestamiento Laboral
[ ] Integración Escolar	[ ] Otro: _____

DOMICILIO DE DESTINO POR TRASLADO

Calle y Número: _____

Localidad: _____

FUNDAMENTACIÓN / JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

(Fundamentar la necesidad del transporte en relación con la condición de salud y las prestaciones solicitadas)

FRECUENCIA SEMANAL	DEPENDENCIA	PERÍODO DE COBERTURA
[ ] 1 vez por semana [ ] 2 veces por semana [ ] 3 veces por semana [ ] 4 veces por semana [ ] 5 veces por semana [ ] Otra: _____	[ ] Con dependencia [ ] Sin dependencia	**Desde:** __ / __ / 2027 **Hasta:** __ / __ / 2027

OBSERVACIONES (aclaraciones adicionales que considere necesarias)

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.