CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-003

**2027**

# Solicitud de Prestaciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar y fecha .....

**Señor Presidente de la Obra Social para la Actividad Docente**

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos/ adquisición de .....

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

## Datos del beneficiario con discapacidad

Nombre y Apellido ..... Edad

Lugar de Nacimiento ..... Fecha de Nacimiento

Estado Civil ..... Domicilio de residencia actual .....

Ciudad ..... Provincia ..... CP

Email ..... Escolarizado Si ☐ No ☐

Teléfono DNI N° Celular

N° de Afiliado /CUIL Tipo de Afiliación: Rel. de dependencia ☐ Monotributista - Personal doméstico ☐ Adherente ☐

Grado de parentesco con el titular .....

## Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido ..... N° de Afiliado /CUIL

Domicilio de residencia actual .....

Ciudad ..... Provincia ..... CP

N° DNI Teléfono

Email .....

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada**.

Firma del Titular

Firma del Beneficiario
(o firma de los padres si el beneficiario-paciente es menor de edad)

Aclaración .....

Aclaración .....