CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0017

**2027**

Experiencia y Solidaridad

OSPLAD

OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

# Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/ Profesionales

*Completar todos los campos del Formulario*

Lugar de emisión ..... Fecha

## Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

Fecha de nacimiento

## Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad .....

Período Desde Hasta Año 2027

## PLAN DE ABORDAJE 2027

### 1 MODALIDAD DE PRESTACIONES .....

### 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....

### 3 ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION CONTEMPLANDO LOS DIFERENTES CONTEXTOS

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

Firma y Aclaración de los Padres