OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 2.1- Pedido Médico Instituciones

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: …….

DIAGNÓSTICO ……

……

……

Solicito (*): Centro de Día - Centro Educativo Terapéutico - Educación Inicial - EGB - Formación Laboral - Aprestamiento Laboral - Hogar Permanente con CED - Hogar Permanente con CET - Hogar Permanente - Estimulación Temprana - etc.

……..

Jornada (*) Simple / Doble: ……

Con Dependencia (*): SI / No: ……..

Período de Prestación: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Fecha:...../……/……

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

……

Firma y sello del Médico tratante

(*) Marcar lo que corresponda