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

2027 - ANEXO 2.3 - Pedido Médico SAIE - Maestra de Apoyo

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: ……

Diagnóstico:……

Solicito (*): Módulo de Apoyo a la Integración Escolar por Equipo/ Módulo de Maestra de Apoyo.

……

Período de Prestación:

Desde: ..... / …..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Fecha:...../……/……

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

……

Firma y sello del Médico tratante