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

2027 - ANEXO 2.4 - Pedido Médico Transporte

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: …….

Diagnóstico:……..

……

Solicito transporte a …… , ida y vuelta a su domicilio.
(prestación a la que asista)

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

Dependencia: Si - No: …….. (Sólo podrá ser solicitado a partir de los 6 años de vida)

Justificación Médica de la Solicitud de Transporte. No justifica mencionar patología de base ni que no se moviliza por sus propios medios. Es decir, se deberá indicar cuál es la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.

……

……

……

……

Fecha:...../……/…… ……

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

Firma y sello del Médico tratante