PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE ESPECIAL A LAS TERAPIAS Y/O ESCOLARIDAD

Fecha: _____/_____/_____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Diagnóstico: _____

_____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

Justificación médica (Fundamentar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público):

_____

_____

_____

_____

Dependencia: Si ☐ No ☐

Periodo: desde: _____/_____/_____ hasta: _____/_____/_____

_____

Firma y sello del médico tratante