



SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres:

DNI N°:

Diagnóstico:

DSM IV-CIE X:

Deficiencia:

Dependencia: SI NO

Semestre del año: 1 2

Justificación médica de la solicitud de transporte y dependencia: _____

Domicilio de origen:

Domicilio de destino:

Cantidad de KM recorridos por viaje:

Cantidad de KM recorridos mensualmente:

Tratamiento y/o especialidad de la prestación a brindar en el destino: _____

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico tratante

.....
Firma y sello Auditor Agente del Seguro