



Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad
INDICACIÓN MÉDICA DE PRESTACIÓN TRANSPORTE
Sr. Profesional, por favor completar esta indicación en letra imprenta, mayúscula legible.
Muchas gracias por su colaboración.

DATOS IDENTIFICATORIOS

.....
Apellido y Nombre del Afiliado

.....
Nº S.S. OSPF

.....
CUIL

.....
Edad

DIAGNÓSTICO

.....
.....

SOLICITUD DE TRASLADO

Cantidad de traslados por semana:.....

Prestación de destino:.....

(Prestación de destino, no dirección ni institución)

Requiere Dependencia (*): SI NO

Período de solicitud : Desde (mes y año) :

Hasta (mes y año) :

El período puede ser hasta anual (ej.: desde enero hasta diciembre; desde marzo hasta febrero del año siguiente).

**JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD (MOTIVO RELACIONADO CON SU DISCAPACIDAD
POR EL QUE NO PUEDE HACER USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO)**

.....
.....
.....
.....

.....
Fecha (Anterior al inicio del período)

.....
Firma y sello del profesional

(*) En caso de requerir dependencia, por favor adjuntar el Índice de Escala FIM.