

ANEXO 5

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

D.N.I. – L.E. – C.I. – L.C.:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:

HORARIO LABORAL:

HERMANOS:

ACTIVIDAD:

TURNO HORARIO:

DIAGNÓSTICO

DSM IV (1)- CIE X

DEFICIENCIA:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:

MEDICO TRATANTE:

FIRMA

MÉDICO AUDITOR AGENTE DEL SEGURO:

FIRMA

(1) Consignar los Ejes