

Programa de discapacidad  
**Documentación General**

**ORDEN MÉDICA - ASISTENCIALES - FORMULARIO 3**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(La fecha de emisión debe ser anterior  
al período solicitado)*

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐Se indica *(especificar tratamiento)*:

---

---

Jornada:

---

Dependencia: Si ☐ No ☐Período prestacional *(indicar mes y año, desde - hasta)*:

---

Año lectivo:

---

Diagnóstico:

---

---

---

---

---

Firma y sello del médico/a tratante

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.