

Programa de discapacidad
Documentación General

ORDEN MÉDICA - INTEGRACIÓN ESCOLAR - FORMULARIO 4

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 (marcar con una cruz lo que corresponda):

MAESTRA DE APOYO ☐ APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO ☐

Por la cantidad de *(indicar cantidad de horas semanales)*:

Período prestacional *(mes desde – hasta. Año calendario)*:

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante