

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PRESTACIÓN DE TRANSPORTE ESPECIAL**JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE ESPECIAL****DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Obra social: _____ Sexo: F / M

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DEL TRANSPORTESe indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a que _____

_____Por lo que requiere traslado desde (indicar dirección de domicilio) _____

_____Hasta (indicar dirección de la institución y/o prestación) _____

_____Diagnóstico: _____

Firma y sello del médico-a tratante: _____