



ANEXO 4 SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI - LE - CI - LC:

DIAGNOSTICO:

DSM IV – CIE X:

DEFICIENCIA:

DEPENDENCIA (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

SI NO

1° O 2° SEMESTRE AÑO:

(TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

JUSTIFICACION MEDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE Y DEPENDENCIA)

*EN LA PRESCRIPCION INICIAL SE DEBERA JUSTIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN TRANSPORTE PÚBLICO. **RESOL-1743/2024**

ORIGEN:

DESTINO:

CANTIDAD DE KM RECORRIDOS POR VIAJE:

CANTIDAD DE KM RECORRIDOS MENSUALMENTE:

TRATAMIENTO Y/O ESPECIALIDAD DE LA PRESTACION A BRINDAR EN EL DESTINO:

FECHA: / /

MEDICO AUDITOR AGENTE DEL SEGURO:

Central: Cerrito 228, 1° Piso, “B”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

TEL/FAX: 4381-2507/ 0800-999-1093

MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.discapacidad@gmail.com

FACTURACION MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.caba@gmail.com