



## SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres:

DNI N°:

Diagnóstico:

DSM IV-CIE X:

Deficiencia:

Dependencia:  SI  NO

Semestre del año:  1  2

Justificación médica de la solicitud de transporte y dependencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Domicilio de origen:

Domicilio de destino:

Cantidad de KM recorridos por viaje:

Cantidad de KM recorridos mensualmente:

Tratamiento y/o especialidad de la prestación a brindar en el destino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

.....  
Firma y sello de médico tratante

.....  
Firma y sello Auditor Agente del Seguro