

DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE SUBSIDIOS POR DISCAPACIDAD



OBRA SOCIAL DEL PETROLEO Y GAS PRIVADOS
Inscripción R.N.O.S. Nº 1-1540-9
De la Federación Argentina Sindical del Petróleo, Gas y Biocombustibles
C.U.I.T.: 33-62818588-9

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI-LE-CI-LC:.....

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:

Nombre y apellido de la Madre:

Actividad:

Turno/horario:

Nombre y apellido del Padre:

Actividad:

Turno/horario:

HERMANOS:.....

ACTIVIDAD:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TURNO HORARIOS:.....

DIAGNÓSTICO:.....

DSM IV¹ – CIE X:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1- Consignar los Ejes

DEFICIENCIA:

.....

JUSTIFICACION MÉDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MÉDICO AUDITOR AGENTE DEL SEGURO DE SALUD:

(A COMPLETAR POR LA OBRA SOCIAL)

FIRMA