



SOLICITUD DE TRANSPORTE POR DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ N° DE SOCIO: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_

TURNO HORARIO: \_\_\_\_\_

HERMANOS: \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

TURNO HORARIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ DSM IV - CIE X: \_\_\_\_\_

DEFICIENCIA: \_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MÉDICO AUDITOR AGENTE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA