OSPOCE
*Un aporte bien hecho*

# ANEXO 3

## SOLICITUD DE PRESTACIONES

Beneficiario (Apellido y Nombre COMPLETO): .....

Tipo y Nº de Documento: .....

Diagnóstico: .....

| PRESTACIONES | SES. POR SEMANA TIPO DE JORNADA | PERIODO DESDE | PERIODO HASTA | AÑO | DEPENDENCIA | ALIMENTACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Firma y Sello médico tratante:**

Fecha: ...../...../.....

.....

**FECHA ANTERIOR AL INICIO DE LAS PRESTACIONES**