



Un aporte bien hecho

## ANEXO 4

### SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Fecha: ...../...../..... Apellido y Nombre: .....

periodo de prestacion: .....

DNI de Beneficiario: .....

CUIL del Beneficiario: ...../...../.....

Actividad laboral de los padres/ tutor: .....

Turno horario: .....

Hermanos: .....

Actividad de hermanos: .....

Turno horario: .....

Diagnóstico: ..... DSM IV:.....

Deficiencia: .....

“JUSTIFICACION MÉDICA” (de la solicitud de Transporte): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Firma y Sello  
médico tratante:**