

ANEXO 5 - SOLICITUD DE TRANSPORTE

A Completar por el Médico Tratante

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

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres

DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio del beneficiario:

DIAGNÓSTICO

Justificación médica:

Se indica que la persona con discapacidad se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:

TRASLADO. Deberá indicar lugar de partida y destino. - Ej desde Domicilio hasta la Escuela

Desde Hasta Retorno SI NO

Período: de (mes) hasta (mes) del año

Desde Hasta Retorno SI NO

Período: de (mes) hasta (mes) del año

Desde Hasta Retorno SI NO

Período: de (mes) hasta (mes) del año

Desde Hasta Retorno SI NO

DEPENDENCIA SI NO En caso afirmativo deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica de la Dependencia:

Firma y Sello
del médico: