

## ANEXO 5 - SOLICITUD DE TRANSPORTE

### A Completar por el Médico Tratante

1 de 2

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: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO según CUD vigente

#### TRASLADOS SOLICITADOS

1.- Prestación a realizar en este destino: \_\_\_\_\_

Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de Llegada: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Periodo de cobertura desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Del año: \_\_\_\_\_

2.- Prestación a realizar en este destino: \_\_\_\_\_

Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de Llegada: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Periodo de cobertura desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Del año: \_\_\_\_\_

3.- Prestación a realizar en este destino: \_\_\_\_\_

Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de Llegada: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Periodo de cobertura desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Del año: \_\_\_\_\_

4.- Prestación a realizar en este destino: \_\_\_\_\_

Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de Llegada: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Periodo de cobertura desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Del año: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐ En caso de marcar SI, deberá presentar el Formulario FIM

Firma y Sello del Médico Tratante:

## ANEXO 5 - JUSTIFICATIVO DE TRANSPORTE

A Completar por el Médico Tratante

2 de 2

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: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO según CUD vigente

### JUSTIFICATIVO DEL PEDIDO DE TRANSPORTE – RESOLUCION 1743/2024

Según normativa vigente, el médico tratante deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público debido a los siguientes motivos:

---

---

---

---

### JUSTIFICATIVO DEL PEDIDO DE LA DEPENDENCIA EN EL TRANSPORTE

El médico tratante deberá justificar el pedido de la dependencia para la persona con discapacidad por las siguientes causas:

---

---

---

---

Firma y Sello del Médico Tratante:

---