

- **PARA SOLICITAR MAESTRO/A DE APOYO.**

IMPORTANTE: la documentación deberá ser firmada en forma ológrafa (manuscrita) únicamente. Resol. 1743/24 SSSalud.

Nombre del Afiliado/a: _____

Nº de Afiliado/a: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Solicito Módulo de Maestro/a de Apoyo

_____ Horas semanales

Por el período de: _____ a _____ de 2026.

Diagnóstico: _____

**Firma y sello
del médico/a tratante**

La fecha de la solicitud médica debe ser anterior al inicio del período indicado.