

- **PARA SOLICITAR MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN (EQUIPO).**

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 Apoyo a la Integración escolar
(equipo interdisciplinario)**

_____ Horas Semanales

Por el período de: _____ a _____ de 2026.

Diagnóstico: _____

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