

- **PARA SOLICITAR PRESTACIONES DE APOYO (*completar 1 por prestación*).**

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: _____ sesiones 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.