- **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 2027.**

Diagnóstico: _____

_____

Firma y sello
del médico/a tratante

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