- **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**

El/los día/s: _____

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