- **SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD (1 pedido por traslado).**

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 traslado en transporte especial a (PRESTACIÓN):

_____

El/los día/s: _____

Desde: (Dirección completa)

_____

Hasta: (dirección Completa)

_____

Por el período de: _____ **a** _____ **de 2027.**

Diagnóstico: _____

Justificación de la imposibilidad de usar transporte público:

_____

_____

_____

Firma y sello
del médico/a tratante

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