- **PARA SOLICITAR MAESTRO/A DE APOYO.**

IMPORTANTE: Por Resolución 2214/2025, la receta debe ser electrónica. Este formulario es solo un MODELO con datos obligatorios que debe contener la misma.

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.