- **PARA SOLICITAR MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN (EQUIPO).**

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 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