O.S.J.P.V Y F.R.A

Obra Social de Jardineros

INSCRIPCION ANSSAL 110107

JUSTIFICACION PEDIDO DE TRANSPORTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |  |  |  |  |
| DOMICILIO Y LOCALIDAD: |  |  |  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO / / | EDAD: | SEXO: | F | M |
| DOCUMENTO TIPO: | Nº | NACIONALIDAD: |  |  |
| ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES: | PADRE: | MADRE: |  |  |
| HORARIOS DE ACTIVIDAD LABORAL: | PADRE: | MADRE: |  |  |
| HERMANOS: | ACTIVIDAD: |  |  |  |
| HORARIOS DE ACTIVIDAD DE LOS HERMANOS: |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| DIAGNOSTICO (tal como figura en CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD) | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| JUSTIFICACION CLINICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

FIRMA Y SELLO

MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR