



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

ORDEN MEDICA (no transporte)

O.S.P.P.C. Y Q.

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DIAGNOSTICO

PRESTACIÓN

Año solicitado

20

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

En caso de dependencia marcar: SI NO (en caso afirmativo adjuntar la escala FIM completa)

En caso de escuela o centro indicar tipo de jornada (simple o doble)

En caso de prestaciones de rehabilitación aclarar cantidad de sesiones semanales

Firma y sello del medico tratante