



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

ORDEN MEDICA TRANSPORTE

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

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DIAGNOSTICO

PRESTACIÓN

Año solicitado

20

Prestación:

Origen:

Desde:

Destino:

Hasta:

Justificativo medico (argumentar porque motivo medico no puede utilizar transporte público)

Dependencia

SI

NO

(en caso afirmativo adjuntar la escala FIM completa)

Justificativo dependencia:

No esta justificada la dependencia para menores de 6 años

La dependencia solo sera valida para transportes especiales habilitados, NO remis

Firma y sello del medico tratante