

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE

FECHA /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:

DNI

FDAD

Desde _____ hasta _____ 2026.

Con dependencia SI NO (tachar lo que NO corresponda)

Justificación médica del por qué no se puede trasladar en transporte público: _____

Diagnóstico

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante