

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:

DNI EDAD

Solicito transporte hacia (prestación).

Desde hasta 2026.

Con dependencia ☐ SI ☐ NO (tachar lo que NO corresponda)

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

Diagnóstico

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante