DAS
CONGRESO DE LA NACIÓN

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

INDICACIÓN MÉDICA: TRANSPORTE

PACIENTE:.....

Nº DNI: .....

DIAGNÓSTICO: .....

PERÍODO: .....

PRESTACIÓN: .....

DESDE (DOMICILIO): .....

HASTA (DOMICILIO): .....

DEPENDENCIA: ☐ SI ☐ NO

PERÍODO: .....

PRESTACIÓN: .....

DESDE (DOMICILIO): .....

HASTA (DOMICILIO): .....

DEPENDENCIA: ☐ SI ☐ NO

OBSERVACIÓN: .....

.....

TELÉFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: