

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PRESTACIÓN SOLICITADA: _____

FRECUENCIA: _____

Estimado/a Doctor/a considerar si el Afiliado requerirá de la asistencia durante toda su Jornada Escolar o puede ser fraccionada ya que por la alta demanda de esta Prestación como del estado de emergencia de Docentes, los Centros están ofreciendo 8 hs. semanales y no más.

PERÍODO: de _____ a _____ 202_____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE (con tipo y número de matrícula LEGIBLE)

Firma:

Sello:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090