

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

**TRAMITE PENDIENTE PARA LA EVALUACIÓN DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Esta solicitud es obligatoria para continuar el trámite, el cual será válido por un período de 4 meses desde la fecha de emisión.

<b>Apellido y Nombres del paciente:</b>	
<b>DNI:</b>	

**Deberá concurrir con:** Certificado de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Estudios Complementarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presentarse en los siguientes días y horarios especificados		
<b>Día:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Profesional:</b>

NOTIFICADO	
<b>FIRMA:</b>	<b>ACLARACIÓN:</b>
<b>DNI/LC/LE:</b>	

...../...../.....  
Fecha

..... Firma y sello del Médico
-----------------------------------

**LA CONTINUACIÓN DE ESTE TRÁMITE QUEDA SUJETA A LA PRESENTACIÓN O REMISIÓN POR PARTE DEL INTERESADO DE LA DOCUMENTACIÓN AQUÍ SOLICITADA**