

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.

Apellido y Nombres del paciente:	
DNI:	

Deberá concurrir con: Certificado de: _____

Estudios Complementarios: _____

Presentarse en los siguientes días y horarios especificados

Día:	Hora:	Profesional:
-------------	--------------	---------------------

NOTIFICADO	
FIRMA:	ACLARACIÓN:
DNI/LC/LE:	

...../...../.....
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