



Solicitud de transporte para discapacidad

Apellido y Nombre *Margarita Loana*
Afiliado: *42555773*
DNI: *42555773*

Actividad Laboral
 Amadora
 Madre: *Obra metalurgica*
 Padre: *Obra metalurgica*
Turno-Horario:
Hermanos: (cuantos) *1 hermana*

Diagnóstico: *Atrofia muscular espinal II*
DSM IV-CIE X:
(consignar los ejes)

Deficiencia: *motora*

Destino del transporte: *Desde Proverano 3007 Santa Teresita*
Instituto de Rehabilitacion Dr
Esteban Morodano Bv Pellegrini

Periodo desde *enero* hasta *Diciembre* año *2026* *2660* *STO Fe*

Dependencia: SI NO (Tachar lo que no corresponda)

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

Pte en silla de ruedas

Firma Auditor Médico
OSUOMRA

Firma del Médico Tratante
OSUOMRA

Dr. TERESA B. SÁNGHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85

Fecha: *05/12/25*