



Solicitud de transporte para discapacidad

Apellido y Nombre WQUER CASILLA  
Afiliado:

DNI: 49578344 (F)

Actividad Laboral

▯ Madre: Ama de casa

▯ Padre: Meta fisico

Turno-Horario:

Hermanos: (cuantos) 2

Diagnóstico: RETARDO MENTAL MODERADO / TRASTORNO del  
DSM IV-CIE X: DESARROLLO y del HABLA / MINUSVALIA  
(consignar los ejes)

Deficiencia:

Destino del transporte: DE LA CASA PARA IR  
HASTA TRABAJAR

Periodo desde ENE hasta Diciembre año 2026

Dependencia: SI  NO  (Tachar lo que no corresponda)

Dr. Eduardo Oesquer  
MEDICO AUDITOR  
Mat. N° 2653 - P° II - F° 128  
U.O.M.R.A.

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

DISCAPACIDAD MENTAL

Dr. FABIÁN GALLOSO  
MEDICO LABORAL  
MAT. 0696 - REG. ESP.  
06415153

Firma Auditor Médico  
OSUOMRA

Firma del Médico Tratante  
OSUOMRA

Fecha: