

**SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD**

**APELLIDO Y NOMBRE:** .....

**DNI:** .....

**ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:**.....

**TURNO HORARIO:**.....

**HERMANOS:**..... **ACTIVIDAD:** .....

**TURNO HORARIO:** .....

**DIAGNOSTICO:**..... **DSM IV-CIE X**.....

**DEFICIENCIA:**.....

**JUSTIFICACION MEDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:**

.....  
.....

**MEDICO AUDITOR AGENTE SEGURO:**

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**CONSIGNAR LOS EJES**