
SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CELÍACA

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellido y Nombre: _____

Documento (tipo y nº): _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR:

Apellido y Nombre: _____

Dependencia: _____ Legajo Nº: _____

Cargos: _____ Obra Social Primaria: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

La Plata, _____ de _____ de 20 _____

Firma del Solicitante

AREA PRESTACIONES Y SALUD

Informe de Auditoría Médica: _____

Firma y Sello responsable