

SOLICITUD DE REINTEGRO DE PASAJES (RESOLUCIÓN N° 1070)

1 DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre: _____

Carnet OSEP N°: Fecha de derivación: ____/____/____/ Parentesco:

Diagnóstico presuntivo: _____

Acompañante autorizado: _____

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____/

Firma y sello del médico tratante

CERTIFICACIÓN DE LA OBRA SOCIAL DERIVADA

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____/

Firma y sello del médico auditor -
empleado autorizado

Los datos consignados en el presente formulario revisten el carácter de declaración jurada, siendo responsables de los mismos las personas intervinientes, en cuanto a la veracidad de ellos.