

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INSTITUCIONES

FECHA / /

BENEFICIARIO DNI EDAD

Solicito *(tilde lo que corresponda)*

- Escolaridad
- Centro Educativo Terapéutico → con dependencia: si no
- Centro de Día → con dependencia: si no
- Hogar → con dependencia: si no
- Formación Laboral
- Jornada simple
- Jornada doble

Desde hasta 2025.

Diagnóstico

.....
Firma y sello del profesional solicitante