

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 / 2024.

Diagnóstico

Firma y sello del profesional solicitante