



O.S.C.T.C.P.
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS RNOS 1-21606
MORENO 3037-CABA TEL: (011)4011-5100 INT.

ORDEN DE PRESCRIPCION MEDICA DE TRANSPORTE

NOMBRE Y APELLIDO:

.....

DNI:

DIAGNOSTICO CUD:

.....

SE SOLICITA TRASLADO IDA Y VUELTA A:

ESCUELA

FORMACION LABORAL

CET

CENTRO DE DIA

REHABILITACION

DEPENDENCIA

SI

NO

Período de cobertura de a 2026.

.....

LUGAR Y FECHA (DIA/MES/AÑO)

.....

FIRMA Y SELLO MÉDICO