

**O.S.P.I.A.**



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL  
DE LA INDUSTRIA AZUCARERA**

**O.S.P.I.A.**



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL  
DE LA INDUSTRIA AZUCARERA**

**FICHA DE SOLICITUD DE SERVICIO DE TRASLADO**

Lugar de Emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1. DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

CUD: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL TITULAR/ RESPONSABLE Y/O TUTOR DEL AFILIADO**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

**3. SOLICITA TRASLADO PARA PRESTACION (Marcar con una cruz)**

REHABILITACION \_\_\_\_\_ PRESTACION DE APOYO \_\_\_\_\_

ESTIMULACION TEMPRANA \_\_\_\_\_ SAIE \_\_\_\_\_

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO \_\_\_\_\_ CENTRO DE DÍA \_\_\_\_\_

FORMACION/APREST. LABORAL \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD ESPECIAL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD COMUN: \_\_\_\_\_

**4. DIAGRAMA DE TRASLADO (Especificar domicilio exacto, localidad)**

Domicilio de partida: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de llegada: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

**FICHA DE SOLICITUD DE TRASLADO**

Lugar de Emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1. DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

CUD: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL TITULAR/ RESPONSABLE Y/O TUTOR DEL AFILIADO**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

**3. SOLICITA TRASLADO PARA PRESTACION (Marcar con una cruz)**

REHABILITACION \_\_\_\_\_ PRESTACION DE APOYO \_\_\_\_\_

ESTIMULACION TEMPRANA \_\_\_\_\_ SAIE \_\_\_\_\_

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO \_\_\_\_\_ CENTRO DE DÍA \_\_\_\_\_

FORMACION/APREST. LABORAL \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD ESPECIAL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD COMUN: \_\_\_\_\_

**4. DIAGRAMA DE TRASLADO (Especificar domicilio exacto, localidad)**

Domicilio de partida: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de llegada: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

**5. CRONOGRAMA DE TRASLADO** (Especificar días y horarios de traslado)

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

En caso de solicitar *Dependencia* marque:

Dependencia (sujeto a evaluación): SI\_\_ NO \_\_

*A completar por personal de la Obra Social***1. DETALLE DE KILOMETROS**

Total de km por día: \_\_\_\_\_

Total de km mensuales: \_\_\_\_\_

Valor del Km\*: \_\_\_\_\_

Dependencia: SI\_\_ NO \_\_

\*Sujeto a modificaciones posteriores según Nomenclador SSS

**2. SERVICIO DE TRASLADO PROGRAMADO DESIGNADO**

Razón Social: \_\_\_\_\_

Avisado Fecha: \_\_\_\_\_

Presenta documentación fecha: \_\_\_\_\_

**5. CRONOGRAMA DE TRASLADO** (Especificar días y horarios de traslado)

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

En caso de solicitar *Dependencia* marque:

Dependencia (sujeto a evaluación): SI\_\_ NO \_\_

*A completar por personal de la Obra Social***1. DETALLE DE KILOMETROS**

Total de km por día: \_\_\_\_\_

Total de km mensuales: \_\_\_\_\_

Valor del Km\*: \_\_\_\_\_

Dependencia: SI\_\_ NO \_\_

\*Sujeto a modificaciones posteriores según Nomenclador SSS

**2. SERVICIO DE TRASLADO PROGRAMADO DESIGNADO**

Razón Social: \_\_\_\_\_

Avisado Fecha: \_\_\_\_\_

Presenta documentación fecha: \_\_\_\_\_