



O.S.P.E.S.G.y P.E.

RNOS 1-0720-6

Obra Social del Personal de Estaciones de Servicio,
Garages, Playas de Estacionamiento y Lavaderos de Autos



PEDIDO DE DOCUMENTACION

REFERENCIA

BENERICIARIO:.....

DNI:.....

PRESCRIPCION MEDICA SOLICITADA:

**MAESTRA DE APOYO (PSICOPEDAGOGIA) O APOYO A LA
INTEGRACION ESCOLAR (CENTRO REGISTRADO PARA
INTEGRACION)**

**Por medio de la presente solicito que me envíen a la brevedad la
siguiente documentación:**

- 1- CONFORMIDAD DE PRESTACION**
- 2- CONSENTIMIENTO DE INSTITUCION O
ESPECIALIDADES**
- 3- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**
- 3-FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA SEMESTRAL.**
- 4- ORDEN MEDICA ORIGINAL INDICANDO PRESTACION Y
PERIODO**
- 5- PRESUPUESTO ANUAL (PRESUPUESTO. DEBE CONTENER LOS
DATOS DEL AFILIADO, PRESTACION, DIAS, HORARIOS Y LUGAR DE
ATENCION, VALOR DE LA SESION, IMPORTE MENSUAL, CANTIDAD
DE SESIONES, DATOS DEL PRESTADOR MAIL O TELEFONO, CBU,
CAJA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE, BANCO, SUCURSAL, CUIT).**
- 6- ADAPTACIONES CURRICULARES ANUAL**
- 7- ACTA ACUERDO CON LA ESCUELA COMUN ANUAL**
- 8- REGISTRO DE PRESTADORES O TITULO HABILITANTE.**
- 9- FOTOCOPIA DEL CARNET, RECIBO DE SUELDO Y DNI.**
- 10-CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR DE LA ESCUELA
COMUN.**
- 11-CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE AFIP**
- 12- NUMERO DE CUE (CLAVE UNICA DE
ESTABLECIMIENTOS) PARA ESCUELA**
- 12- NOTA CON LOS DÍAS Y HORARIO DE ASISTENCIA.**

Hipólito Yrigoyen 2727 Cap. Fed.

Tel: 4866-1225/1654/1631 int 292 Mónica - Giselle

Ospesgypediscapacidad1@gmail.com