ANEXO 32
JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE MAS DE 1500 KM

Fecha:

Apellido y Nombre:

DNI:

Diagnóstico según CUD:

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

Firma y sello de Profesional interviniente:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico: