Módulo apoyo a la Integración escolar *(EQUIPO)*

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Rosa, Pérez

DNI N° 20.383.542

Diagnóstico Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación Solicito Modulo Apoyo a la Integración Escolar(EQUIPO)

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y
Sello del
Médico Tratante