



.....
Lugar y Fecha

De acuerdo a la documentación aportada y a los estudios realizados al Sr./Sra. D.N.I. y habiendo analizado su situación social, certificamos que el/la mismo/a se encuentra encuadrado/a en la Ley N°23.798 para recibir el Pase Libre de Transporte con/ sin acompañante (tacha lo que no corresponde)

Frecuencia del Tratamiento:(diaria,semanal,mensual,otro)

.....
Firma, Aclaración y Sello
del Trabajador Social

.....
Firma, Aclaración y Sello
del Medico Interviniente

.....
Firma, Aclaración y Sello
del Director Médico o Responsable del Hospital