INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
PARA PROFESIONALES
DE SANTIAGO DEL ESTERO

FORMULARIO
SOLICITUD DE SUBSIDIO POR TRASLADO Y ALOJAMIENTO
DEL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE

Solicitud de Subsidio por Traslado y Alojamiento del Paciente y Acompañante

			Fecha del Tratamiento:		
Nombre del Solicitante:		DNI:		Profesión:	
Nombre del Paciente:		Vínculo:		Edad:	
Nombre del Acompañante:				Edad:	
Teléfonos:					

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:
1)
2)
3)
4)
5)

PRÁCTICA MÉDICA:	

COMPROBANTES DE TRASLADO:

	SI	NO	CANTIDAD	TOTAL	OBSERVACIONES
Tickets de Combustible:				$	
Peajes:				$	
Pasajes en Omnibus:				$	
Pasajes en Avión:				$	
Otros:				$	
TOTALIZA:					

COMPROBANTES DE ALOJAMIENTO:

	SI	NO	CANTIDAD	TOTAL	OBSERVACIONES
Factura:				$	
Contrato de Alquiler:				$	
Otros:				$	
TOTALIZA:					

...../...../.....
Fecha

.....
Firma del Solicitante

Por más información:
24 de Septiembre N°488 - Santiago del Estero 0385 4215252
www.isspse.org isspse@isspse.org facebook.com/isspse