



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

**PLAN DE TRATAMIENTO**  
**PARA PRESTACIONES DE NOMENCLADOR DE**  
**DISCAPACIDAD** ver 1 09122019

Fecha: ..... / ..... / .....

**Prestador:** .....

Domicilio de atención: .....

Localidad: ..... Provincia .....

N° de CUIT: .....

**Datos del beneficiario:**

Nombre y Apellido: ..... Dni: .....

Localidad: ..... Provincia ..... Edad.....

Sexo.....

**Modalidad Prestacional a brindar:** .....

**Abordaje:**

**Objetivos:**

.....  
(Firma y sello del prestador o representante de la institución)