

**SOLICITUD DE INGRESO DE PRESTADORES**

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: _____

DOMICILIO LEGAL

Calle: _____ Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ email: _____

DOMICILIO COMERCIAL

Calle: _____ Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ email: _____

PRESTACIONES

Marcar el casillero según corresponda

TERAPIA O REHABILITACIÓN FÍSICA	
PSICOLOGÍA	
PSICOPEDAGOGÍA	
TERAPIA OCUPACIONAL	
FONOAUDIOLOGÍA	
KINESIOLOGÍA	
PSICOMOTRICIDAD	
TALLER/ES (Especificar patología a cubrir)	
OTROS	

REQUISITOS

Inscripción y categorización de la Institución en Super Intendencia de Servicios de Salud (SSS)	
Copia DNI del solicitante (Apoderado - Director - Socio Gerente - Representante Legal)	
Credencial del Ministerio de Educación (Dirección de Educación Municipal)	
Constancia de Seguro de Mala Praxis.	
Constancia de Inscripción de AFIP - DGR Tuc.	
Descripción del proyecto y de la población a atender	
Planificación del servicio y de las actividades	
Carga horaria	
Copia de los títulos profesionales	

A fin de dar inicio al trámite requerido se le notifica al interesado que deberá completar la documentación que se indica, sin la cual no podrá dar inicio al expediente. Queda usted debidamente notificado.