



OFC-REX-DFO-0005

Fecha ____/____/____

Datos del Solicitante:

Nombres:
Apellidos:
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Cédula de Identidad:
Edad:
Enfermedad que padece:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

Uso Interno. JBG
Documentación Revisada por:
Relaciones Exteriores
Valorización del Paciente
Trabajadora Social
Autorizado:
Inspector

Sólo para personas adultas con discapacidad Motriz de miembros inferiores.

Atentamente,

Firma

C.I. #.....

Traer fotografía actualizada de cuerpo entero
Carnet de discapacidad y/o Certificado Médico
Copia de Cédula

