



## SOLICITUD DE RECIPROCIDAD

### DESTINO DE LA SOLICITUD

Organismo

### DATOS DEL TITULAR

Apellido

Nombre

Tipo de Documento

Nro de Documento

Números de Teléfono

L.E. L.C. D.N.I.

Cod. área:

Fijo:

Celular :

### DATOS DE LOS SOLICITANTES

Apellido

Nombre

Nro Documento

### MOTIVO DE LA RECIPROCIDAD

Residencia

Estudiantes

Derivación médica

Tránsito - Turismo

En caso de derivaciones, transito o turismo indicar el período: desde

hasta

Diagnostico de derivaciones

Lugar y fecha

Firma titular

Aclaración