

**SOLICITUD DE RECIPROCIDAD****DESTINO DE LA SOLICITUD**

Organismo

DATOS DEL TITULAR

Apellido

Nombre

Tipo de Documento

Nro de Documento

Teléfono / Celular:

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

Mail:

DATOS DE LOS SOLICITANTES

Apellido y Nombre	Nro Documento	Celular	Mail

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