



Departamento de Patologías Especiales
Ley 26.928
Programa de Protección Integral para Personas Trasplantadas o en
Lista de Espera

Cdad. Aut. de Buenos Aires, de

DATOS AFILIADO/A TITULAR

Nombre y apellido:
DNI
Domicilio: (calle, depto, piso):
Localidad: Provincia:
Teléfono Celular
Correo electrónico

SOLICITA INCLUSIÓN EN PADRÓN DE AFILIADOS BENEFICIARIOS DE LA LEY
26.928 DE:

DATOS BENEFICIARIO/A:

Nombre y apellido:
DNI
Número de afiliado:
Fecha de nacimiento:
Nacionalidad:
Estado Civil:
Domicilio: (calle, depto, piso):
Localidad: Provincia:
Teléfono Celular
Correo electrónico

Responder si se encuentra en lista de espera:

Lugar de atención:
Diagnóstico de base:
Fecha de diagnóstico:
Fecha emisión certificado de INCUCAI:

Responder si ya fue transplantado/a:

Lugar de atención:
Órgano: transplantado:
Fecha de trasplante:
Tipo de trasplante: Cadavérico Donante vivo Autotrasplante
 Otro:

La presente solicitud se encuentra acompañada de la siguiente documentación:

- A. Copia de la credencial extendida por INCUCAI.
- B. Certificado de diagnóstico y tratamiento efectuado por profesionales habilitados por INCUCAI.

La presentación del mismo no implica ninguna modificación de los derechos comprendidos en la Ley 26.928.

Declaro que los datos y documentos suministrados son verdaderos.

Cdad. Aut. de Buenos Aires, de

FIRMA Y ACLARACIÓN TITULAR: