FECHA DE EMISIÓN:____/____/ _____

La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación

Anexo VI

PLAN DE TRABAJO

Datos del afiliado

Nombre y apellido: .....

DNI: .....

Objetivos específicos del tratamiento: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello del responsable