



ANEXO V

ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO

D./Dª	con
COMUNICO:	
El desplazamiento a	
En fecha	
Con motivo de	
En caso de que fuera necesario el abono del servicio,	se adjuntará anexo II (gasto
extraordinario, acompañado de presupuesto.)	
	Autoriza: SI NO
Fecha:	Fecha:
Firma del responsable del Centro /	Firma del Responsable Tutelas
Trabajadora Social Correo electrónico:	