

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Actividad Aulica

Nombre del profesional que realiza la actividad:

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la ciudad de

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

Actividad Extra Aulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

.....
.....

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

2 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

.....

.....

3 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

.....

.....

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle N°

de la ciudad de

Días y horarios

lunes

martes

miércoles

jueves

viernes

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
del Representante del Equipo