

**Planilla de Consentimiento. Discapacidad.  
Maestros de apoyo, equipos integración escolar.**

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar de emisión ..... Fecha

**Datos del Prestador**

Razón Social .....

Domicilio de atención ..... Localidad .....

Provincia ..... Teléfono

**Datos del Afiliado**

Nombre y Apellido ..... N° DNI

**Datos de la Prestación**

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACION) .....

Tipo de Jornada Simple  Doble  Dependencia Si  No

Monto Mensual \$  Categoría .....

Periodo del Ciclo Lectivo Desde  Hasta  Año

**Cronograma de Asistencia**

Días y horarios	<b>lunes</b>	<b>martes</b>	<b>miércoles</b>	<b>jueves</b>	<b>viernes</b>	<b>sábado</b>
De:	De:	De:	De:	De:	De:	De:
A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones .....

Firma y Sello del Maestro de apoyo / Equipo AIE

Aclaración .....

**Consentimiento**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario ..... N° Beneficiario  N° DNI

Firma del Beneficiario o del Representante

Aclaración del firmante .....

Parentesco .....

N° DNI del firmante

Lugar del Consentimiento ..... Fecha del Consentimiento