

Cronograma de Actividades - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido

Tipo y N° Documento Edad Sexo

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma indicando:

A En la columna HORARIO detallar la franja horaria en la que el Asociado recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin.

B En la columna DIAS colocar el día en que recibe la prestación y especificar el nombre de la misma.

A		B						
Horario		Días (Colocar el nombre de la prestación)						
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
20:	:							

Firma del Padre/Madre o Tutor

Firma Aclaración

Tipo y N° de Documento