Planilla de Asistencia
Asistente Domiciliario / Acompañante Terapeutico - 2024

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Razón Social del Prestador ..... / ..... *del 2024*

Domicilio donde se realiza la prestación .....

Nombre y apellido del Afiliado .....

Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración .....

N° DNI