

## Maestra de apoyo

## 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: **Maestra de Apoyo**

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 .....

Cheque a la orden de .....

### Cronograma de Actividad (Maestra de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela .....

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

Desde .....

Hasta .....

Firma, Aclaración y Sello  
del Profesional