

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

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.

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