

# Equipo de apoyo para la integración escolar

**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: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

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 .....

## Actividad Aulica

Nombre del profesional que realiza la actividad: .....

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

Sita en la Calle ..... N°  de la ciudad de .....

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

Desde .....

Hasta .....

## Actividad Extra Aulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

## Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

**2** Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....  
.....

**3** Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....  
.....

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle ..... N°

de la ciudad de .....

Días y horarios

**lunes**

**martes**

**miércoles**

**jueves**

**viernes**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello  
del Representante del Equipo