

Planilla de consentimiento.

Discapacidad.

Instituciones (Centros de día, Escuelas, Centros educativos terapéuticos)

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Razón Social

Domicilio de atención Localidad

Provincia Teléfono

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de la Prestación

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACION)

.....
.....

Tipo de Jornada Simple Doble Dependencia Si No

Matrícula \$ Monto Mensual \$ Categoría

Periodo del Ciclo Lectivo Desde Hasta Año

Cronograma de Asistencia

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

De: De: De: De: De: De:

A: A: A: A: A: A:

Observaciones

.....
.....

Firma y Sello del
responsable
de la Institución

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario N° Beneficiario N° DNI

Firma del
Beneficiario o
del Representante

Aclaración del firmante

Parentesco

N° DNI del firmante

Lugar del Consentimiento Fecha del Consentimiento