

## Planilla de Consentimiento. Discapacidad. Maestros de apoyo, equipos integración escolar.

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

Monto Mensual \$  Categoría .....

Periodo del Ciclo Lectivo Desde  Hasta  Año

### Cronograma de Asistencia

Días y horarios	<b>lunes</b>	<b>martes</b>	<b>miércoles</b>	<b>jueves</b>	<b>viernes</b>	<b>sábado</b>
De:	De:	De:	De:	De:	De:	De:
A:	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 descrito 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