

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	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
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