

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad/ Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de Jornada (Simple o Doble)

Dependencia (S/N):

Matrícula (\$):

Monto Mensual (\$):

Categoría:

Período Ciclo Lectivo

Desde:

Hasta:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

DNI:

Nº de Beneficiario

Firma del Beneficiario o Representante

Aclaración:

DNI del Firmante:

Lugar y Fecha del Consentimiento:



Obra Social
Perfumista

Entre todos
nos cuidamos.