

Presupuesto Maestra de Apoyo

DISCAPACIDAD 008

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 **Maestra de apoyo**

Período Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual \$ _____

Datos del Prestador

Nombre y apellido _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Email _____

CUIT N° _____ Condición frente al IVA _____

CBU N° _____ Entidad bancaria _____

Cheque a la orden de _____

Tomó conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Actividad (Maestra de apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela _____

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde:	_____	_____	_____	_____	_____
Hasta:	_____	_____	_____	_____	_____

Firma, aclaración y sello
del profesional

