

# Presupuesto de Prestaciones Institucionales / Educativas

DISCAPACIDAD 005

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

Modalidad prestacional a brindar \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar Simple  Doble  Reducida  Permanente  Categoría A  B  C

Incluye almuerzo Si  No  Incluye dependencia Si  No

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_ Período Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Matrícula \$ \_\_\_\_\_

## Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón social \_\_\_\_\_

Domicilio REAL donde se brindará la prestación \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

CUIT N° \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA \_\_\_\_\_

CBU N° \_\_\_\_\_ Entidad bancaria \_\_\_\_\_

Cheque a la orden de \_\_\_\_\_

Tomo 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 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: _____      |

Firma, aclaración y sello  
de la Institución/Prestador

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_