

Presupuesto Equipo de Apoyo para la Integración Escolar

DISCAPACIDAD 009

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 **Equipo de apoyo para la integración escolar**

Período Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual \$ _____

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 _____

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

Actividad aúlica

Nombre del profesional que realizará la actividad _____

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela _____

Sito en la Calle _____ N° _____ de la ciudad de _____

Días y horarios

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde:	_____	_____	_____	_____	_____
Hasta:	_____	_____	_____	_____	_____

Actividad extra aúlica

Conformación del equipo profesional interviniente

1 Nombre y apellido _____

Título profesional _____

Objetivo de la intervención _____

2 Nombre y apellido _____
Título profesional _____
Objetivo de la intervención _____

3 Nombre y apellido _____
Título profesional _____
Objetivo de la intervención _____

4 Nombre y apellido _____
Título profesional _____
Objetivo de la intervención _____

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle _____ N° _____
de la ciudad de _____

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

Firma, aclaración y sello
del Representante del Equipo

