

Planilla de consentimiento. Discapacidad. Instituciones (Centros de día, Escuelas, Centros educativos terapéuticos)

DISCAPACIDAD 001

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 INTEGRACIÓN) _____

Tipo de jornada Simple Doble Dependencia Si No

Matrícula \$ _____ Monto mensual \$ _____ Categoría _____

Período 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 _____