



ANEXO 11.6 - CONFORMIDAD PARA INSTITUCIONES DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES - PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Nombre del Beneficiario: _____ DNI: _____

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACIÓN): _____

Cant. de sesiones: _____ Monto sesión: \$ _____ Monto mensual: \$ _____

Período lectivo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia

DÍA/HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
ESP.					
ESP.					
ESP.					

Observaciones: _____

Firma Responsable Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al/la

Beneficiario: _____ DNI: _____

Nº de Beneficiario: _____

Firma Beneficiario/a o Responsable

Aclaración

DNI Firmante

Lugar y Fecha de consentimiento