



DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES - 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): _____

Tipo de jornada (Simple/Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matrícula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Período Ciclo Lectivo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia

DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO DESDE					
HORARIO HASTA					

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