O.S. J.P.V y F.R.A

Obra Social de Jardineros

INSCRIPCION ANSSAL 110107

DISCAPACIDAD

CONSENTIMIENTO - MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Lugar y fecha de emisión:

Razon Social del prestador:

Domicilio de atencion:

Localidad/Provincia Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a Brindar: (según Mecanismo Integración)

Hasta

Período/ Ciclo Lectivo Desde

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CRONOGRAMA DE ASISTENCIA | | |  |  |  |  |  |
| DIAS | LUNES |  | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO |
| HORARIO | De  A: | De  A: |  | De  A: | De  A: | De  A: | De  A: |

Observaciones:

Firma Responsable Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario:

DNI: Nº BENEFICIARIO:

Firma Beneficiario/Representante Aclaración y DNI

Pte. Luis Saénz Peña 480 C.A.B.A. Tel: 4381-7475