**O.S.J.P.V.Y F.R.A.**

Obra Social de Jardineros

INSCRIPCION ANSSAL 110107

DISCAPACIDAD CONSENTIMIENTO - PLAN DE TRATAMIENTO - INSTITUCIONES

Razón Social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a Brindar: (según Mecanismo Integración)

Tipo de Jornada: (Simple o Doble) Dependencia: (Si/No)

Matrícula ($): Monto Mensual ($) Categoría:

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 Aclaración

Pte. Luis Sáenz Peña 480 C.A.B.A.4-381-7475