

Presupuesto: Modulo de apoyo a la Integracion escolar (equipo)

Discapacidad

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: Fecha:/...../.....

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido:.....NºDNI:.....

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad: **Modulo de apoyo a la Integracion escolar (equipo)**

Periodo: Desde: _____ Hasta: _____ Año: 2025

Cantidad de horas mensuales: _____ Monto Mensual: _____ -

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Teléfono: Email:.....

CUIT Nº: Condición frente al IVA:.....

Actividad :

Modalidad de intervencion:

En caso de ser presencial, domicilio:

| Días | Lunes | Martes | miercoles | Jueves | Viernes | | |
|------|-------|--------|-----------|--------|---------|--|--|
|------|-------|--------|-----------|--------|---------|--|--|

| Horarios | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

Se encuentra de acuerdo en presentar las facturas dentro de los 60 dias de brindado el servicio: SI NO

Firma, Aclaracion y Sello del Responsable-Directivo de la institucion :

Consentimiento

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedente al beneficiario:

.....

DNI: Nº DE Beneficiario:

Firma Benef. o Representante

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento: