

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

CRONOGRAMA – FORMULARIO 9

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

Todos los profesionales y/o familiares o la persona con discapacidad deberán completar un **único cronograma** con el total de las prestaciones percibidas.

- A. En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. Se acuerda que el tiempo establecido por sesión es de 45-60 minutos.
- B. En los ítems DÍAS, la práctica que recibe.

HORARIO		DÍAS						
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
07:__	__:__							
08:__	__:__							
_09:__:	__:__							
_10:__:	__:__							
11__:	__:__							
12__:	__:__							
_13:__:	__:__							
14__:	__:__							
15__:	__:__							
16__:	__:__							
17__:	__:__							
18__:	__:__							
19__:	__:__							
20__:	__:__							
21__:	__:__							