

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - PRESTACIONES EDUCATIVAS 1

PLAN DE TRATAMIENTO / CONSENTIMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre del beneficiario: _____ DNI: _____

Prestación – especialidad *(completar según nomenclador mecanismo de integración)*:

Jornada: Simple / Doble Dependencia: Si / No

Matrícula: \$ _____ Monto mensual: \$ _____ Categoría: A / B / C

Periodo ciclo lectivo *(indicar mes y año desde – hasta)*: _____

Cronograma de asistencia

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde – hasta)						

Observaciones:

Firma responsable de la Institución

Sello y aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____ N° de beneficiario: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____