

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - EDUCATIVAS

Fecha: ____ / ____ / ____

PRESUPUESTO

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Obra social: _____ Sexo: F / M

DATOS DEL PRESTADOR

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

No convenido Convenido Nº de convenio: _____

Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Nº de CUIT: _____

Condiciones frente a IVA: _____ E-mail: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Se indica (marcar con una cruz lo que corresponda):

MAESTRA DE APOYO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Período y año prestacional: _____

Cantidad de horas semanales: _____ Cantidad de horas mensuales: _____

Monto mensual: \$ _____

Cronograma de asistencia

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

Firma y sello del responsable de la maestra y/o institución: _____