

DISCAPACIDAD- INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha de emisión: BUENOS AIRES, 2 DE ENERO DE 2018

Razón Social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad y Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario

DNI

Prestación a brindar:

Tipo de jornada:

Dependencia:

Matrícula

Monto mensual

Categoría

Periodo ciclo lectivo - desde:

-Hasta:

Cronograma de asistencia

DIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DE	DE	DE	DE	DE
	A	A	A	A	A

Observaciones

Firma del responsable de la institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de presentaciones descrito precedentemente al

Beneficiario

DNI

Nº beneficiario

Firma del beneficiario responsable

Aclaración

DNI firmante:

Lugar y fecha de Consentimiento: BUENOS AIRES, 2 DE ENERO DE 2018