

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE APOYO

PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Por favor completar esta planilla con letra mayúscula, en forma clara, sin tachaduras ni enmiendas. Deberá adjuntar: Plan de Tratamiento, constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores para Discapacidad, y constancia de alumno regular. En caso de tratarse de un Maestro de Apoyo nuevo deberá adjuntar además copia del título habilitante. Si la prestación es en modalidad On Line se deberán adjuntar los protocolos vigentes para la modalidad virtual.

LUGAR: **FECHA:**/...../.....

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRES:

Nº D.N.I:

DATOS DEL PRESTADOR:

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:

TEL: EMAIL:

CUIT Nº: CONDICIÓN FRENTE AL IVA:

CBU Nº: CHEQUE A LA ORDEN DE:

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

PRESTACIÓN:

PERIODO: DESDE: HASTA: AÑO:

CANTIDAD DE HORAS MENSUALES: VALOR HORA \$: MONTO MENSUAL \$:

MODALIDAD (Indicar con X el que corresponda):

ON-LINE:

PRESENCIAL: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN - ESCUELA.....

SITA EN LA CALLE: N° CIUDAD:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

DÍAS Y HORARIOS ON - LINE:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

DÍAS Y HORARIOS PRESENCIAL:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
SELLO DEL DIRECTOR

SE RECUERDA: NO SE ABONARÁN PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADAS

RESERVADO PARA SUMA:

RECEPCIÓN: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

AUTORIZACIÓN: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

ACLARACIONES:

.....

.....

.....

CARGA A SISTEMA: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

