

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO



OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA
O.S.P. C.y.D.
R.N.O.S 1-0340-2

Lugar y Fecha de Emisión _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestación a brindar (según mecanismo INTEGRACION) _____

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$) _____ Categoría: _____

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunés	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIOS	De: A	De: A	De: A	De: A	De: A	De: A

Observaciones:

Firma Responsable de Institución Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma del Beneficiario o representante Aclaración DNI Firmante

Lugar y Fecha de Consentimiento _____