

DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES  
 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/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Periodo Ciclo Lectivo, Desde:  Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIOS	Lunes De/A	Martes De/A	Miercoles De/A	Jueves De/A	Viernes De/A	Sábado De/A
Esp						
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma Responsable de Institución Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

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

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Beneficiario o representante Aclaración DNI Firmante

Lugar y Fecha de Consentimiento \_\_\_\_\_