



**DISCAPACIDAD INSTITUCIONES
(CENTROS CATEGORIZADOS / ESCUELAS)**

Lugar y fecha de Emisión:
Razón Social del prestador:
Domicilio de atención:
Localidad / Provincia: Teléfonos: Nombre Beneficiario: DNI:

Prestaciones 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	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
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. De Beneficiario:.....

Aclaración

Firma Beneficiario o Representante: DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: