



**DISCAPACIDAD – ESPECIALIDADES –  
TERAPISTAS**

Lugar y fecha de Emisión: .....

Razón Social del prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Localidad / Provincia:..... Teléfonos:.....

Nombre Beneficiario:.....

DNI:.....

Prestación/Especialidad: (según mecanismo NTEGRACION)	Cantidad sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto Mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------

.....  
.....  
.....

Periodo Ciclo lectivo, Desde .....Hasta.....

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIOS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados

Observaciones: .....

.....  
.....

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente deajo 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: .....