

Anexo VIII

DISCAPACIDAD – ESPECIALIDADES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO

Fecha y lugar de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad / provincia: Teléfono:

Nombre beneficiario:

DNI:

Prestación /especialidad (según Mecanismo de Integración)	Cantidad sesiones	Monto sesión (\$)	Monto mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------

.....

Periodo Ciclo Lectivo, desde hasta

Cronograma de asistencia:

DÍAS: HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Especialidad						
Especialidad						
Especialidad						

Observaciones:

.....
