

Anexo X

DISCAPACIDAD – INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO

Fecha y lugar de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad / provincia: Teléfono:

Nombre beneficiario:

DNI:

Prestaciones a brindar (según Mecanismo de Integración)

.....

.....

..... Tipo

de Jornada (Simple o Doble): Dependencia (SI/NO):

Matrícula (\$): Monto Mensual (\$): Categoría:

Periodo Ciclo Lectivo, desde hasta

Cronograma de asistencia:

| DÍAS | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|----------------|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|
| HORARIO | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: |

Observaciones:

.....

.....