



PLANILLA DE ASISTENCIA
INTEGRACION ESCOLAR EN EQUIPO / MAESTRA DE APOYO

MES DE PRESTACION:

FECHA ____/____/____

Nombre del beneficiario		Apellido del beneficiario		N° de beneficiario
N° de documento	Edad	Sexo	Diagnóstico	

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: **Maestra de apoyo / Integración escolar**

Cantidad de horas diarias:..... mensuales.....

Monto mensual \$.....

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

Nombre y apellido:

.....

Domicilio REAL donde se brindara la prestación:

.....

Teléfono:.....E- mail:

Cuit n°.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA

Institución donde se brindará la prestación

Escuela.....

domicilio.....

Días y horarios	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE (hs)					
HASTA (hs)					

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL