

# Equipo de apoyo para la integración escolar

**Presupuesto**

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar de emisión ..... Fecha

**Datos del Afiliado** ..... Obra Social .....

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

**Datos de la Prestación**

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde  Hasta  Año

Cantidad de horas mensuales  Monto Mensual \$

**Datos del Prestador**

Nombre .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono  Email .....

CUIT N°  Condición frente al IVA .....

CBU N°  Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

**Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.**

**Actividad Aulica**

Nombre del profesional que realiza la actividad: .....

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela: .....

Sita en la Calle ..... N°  de la ciudad de .....

Días y horarios **lunes martes miércoles jueves viernes**

Desde .....

Hasta .....

**Actividad Extra Aulica**

Conformación del equipo profesional interviniente:

Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....  
.....

## Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

**2** Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....  
.....

**3** Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....  
.....

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle ..... N°

de la ciudad de .....

Días y horarios

**lunes**

**martes**

**miércoles**

**jueves**

**viernes**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello  
del Representante del Equipo