

# Maestra de apoyo

# 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: **Maestra de Apoyo**

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.**

**Cronograma de Actividad (Maestra de Apoyo)**

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

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

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

Desde .....

Hasta .....

Firma, Aclaración y Sello del Profesional