ANEXO 2
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha: ...../...../.....
Apellido y Nombre: .....
Documento: Tipo: ..... Nº: ..... Edad: .....
Domicilio del beneficiario: .....

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicando:

En la columna HORARIO detallar la franja horaria en la que el Beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. El tiempo reconocido por sesión es de 60 minutos reloj.

En la columna DÍAS colocar el día en que recibe la prestación y especificar el nombre de la misma.

HORARIO		DIAS - COLOCAR EL NOMBRE DE LA PRESTACIÓN					
INICIO	FIN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
08 :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
..... :	..... :						
20 :	..... :						

Firma del padre - madre - responsable:

Aclaración:

Tipo y N° DNI: