

ANEXO 9 - PRESUPUESTO MÓDULO MAESTRO DE APOYO/ APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO

Fecha:/...../.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres
DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:
Domicilio del beneficiario

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MÓDULO MAESTRO DE APOYO MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO
Prestación:
Período: Desde Hasta Año
Cantidad de sesiones semanales: Cantidad de Sesiones al mes:
Valor de la sesión: \$ Monto Mensual \$

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

DATOS DEL PRESTADOR / INSTITUCIÓN

NOMBRE/ Razón Social: CUIT:
Domicilio donde se brinda la Prestación:
Localidad: Provincia:
Correo electrónico: Teléfono:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Marcar los días en los que se brinda la prestación en la escuela.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y sello del equipo de Integración:

Firma y sello de la maestra integradora:

CONSENTIMIENTO

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... Manifiesto ser el familiar/ responsable/ tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

Lugar y Fecha de Consentimiento: