

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha: ____/____/____

Apellidos y Nombres de la persona con CUD: _____

DNI: _____ Edad: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Domicilio del beneficiario: _____ Localidad: _____

Es exclusiva responsabilidad de las familias informar al área de discapacidad de esta obra social si la persona con discapacidad no está recibiendo y / o no recibió las prestaciones solicitadas/ autorizadas.

Si el profesional emite y presenta facturas por prestaciones no brindadas, OSPOCE se reserva, además, la facultad de derivar al paciente a otra institución o profesional, con el objetivo de garantizar el acceso y continuidad de dicha prestación.

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicando los días y horarios de concurrencia a la institución educativa, a las terapias de rehabilitación y cualquier otra actividad que realice. El tiempo reconocido por sesión es de 60 minutos reloj. Especificar el nombre de la actividad/ terapia que realiza.

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

**Firma, Aclaración y DNI del
Familiar Responsable:**