

ANEXO 5
PRESTACIONES INSTITUCIONALES – INTEGRACION ESCOLAR
MAESTRA DE APOYO – CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de emisión

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI:

Nro. Beneficiario:

Teléfono y Mail de contacto del beneficiario:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad / Provincia:

Teléfono:

Mail de Contacto:

Prestaciones a brindar (según Mecanismo Integración):

Tipo de Jornada (Simple o Doble): Dependencia(S/N):

Matricula (\$): Monto Mensual (\$): Categoría:

Periodo Ciclo Lectivo. Desde: Hasta:

Cronograma de Asistencia:

<u>Días</u>	<u>Lunes</u>	<u>Martes</u>	<u>Miércoles</u>	<u>Jueves</u>	<u>Viernes</u>
<u>Horarios</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Las facturas deben ser presentadas en tiempo y forma, antes del 10 de cada mes en la OSPIM CENTRAL.

Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

***EN CASO DE PRESENTAR INTEGRACION ESCOLAR O MAESTRA DE APOYO DEBERAN ESPECIFICAR LA INSTITUCION/ ESCUELA DONDE SE BRINDARA LA PRESTACION.**

Institución / Escuela / Maestra de Apoyo:

Firma y Sello Responsable Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al:

Beneficiario:

DNI:

Firma del Beneficiario o Responsable

Aclaración

Lugar y Fecha de Consentimiento: