

Presupuesto de Equipo de Apoyo para la Integración Escolar

Equipo de apoyo para la integración escolar.

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión: _____ Fecha: ____/____/____

1 - Datos del Afiliado:

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____ CUIL _____

2 - Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: Equipo de apoyo para la integración escolar.

Periodo desde: _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual \$ _____

3 - Datos del Prestador:

Apellido y Nombre: _____ Email: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ CUIT: _____

4 - Cronograma de Actividad Aulica

Institución en la que brindará la Prestación - Escuela: _____

Sita en la Calle: _____ N° _____ Localidad: _____

5 - Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello del
Representante del Equipo