

Presupuesto de Equipo de Apoyo a la Integración Escolar 2024

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: SAIE (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: _____

Nombre del centro: _____

4 - Cronograma de Actividad Aulica

Institución en la que brindará la Prestación - Escuela: _____

Nombre del Centro: _____

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

5 - Días y Horarios en escuela / días y horarios en consultorio

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello del
Representante del Equipo