

INTEGRACION ESCOLAR  
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO  
(Maestra de Apoyo – Módulo de apoyo para la integración  
Escolar)



Obra Social del Personal de la Industria del Calzado  
RNOS 103105

Fecha de emisión del presupuesto: ...../...../.....

Nombre del Prestador: ..... CUIT: .....

Domicilio del prestador: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... E-Mail: ..... Teléfono: .....

Apellido y Nombre del Beneficiario: ..... D.N.I: .....

Prestación / Especialidad a brindar: .....  
(Maestra de apoyo o Módulo de apoyo a la integración escolar según corresponda)

Periodo: Desde ...../...../..... Hasta ...../...../.....

Cantidad de Horas mensuales: ..... Monto mensual \$ .....

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

Nombre de la escuela en la que se brindará la prestación: .....

Domicilio donde se realizará la prestación: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

| DIAS    | Lunes  | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|---------|--------|--------|-----------|--------|---------|
| HORARIO | De:    | De:    | De:       | De:    | De:     |
|         | Hasta: | Hasta: | Hasta:    | Hasta: | Hasta:  |

**No se reconocen prestaciones no autorizadas  
previamente ni retroactivas**

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del responsable / profesional

**CONFORMIDAD TRATAMIENTO:**

Fecha de consentimiento ...../...../.....

Apellido y Nombres Beneficiario: .....

Número de afiliado ..... D.N.I.nro. ....

Yo ..... doy mi conformidad al cronograma de actividades

por el Periodo: **Desde** ...../...../..... - **Hasta** ...../...../.....

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre del beneficiario y  
manifiesto ser familiar responsable / tutor.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
NRO. DOCUMENTO