

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

Nombre del Prestador: CUIT:

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

Provincia: E-Mail:Teléfono.....

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

Prestación a brindar.....

Tipo de Jornada a realizar..... Categoría: Vencimiento Registro Prestador:

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

Almuerzo SI ☐ - NO ☐

Monto Mensual \$.....

EN CASO DE CORRESPONDER: Dependencia: SI ☐ - NO ☐ (Sujeto A Evaluación)

Matrícula Anual \$.....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:

No se reconocen prestaciones no autorizadas previamente ni retroactivas

Firma y Aclaración del responsable

CONFORMIDAD TRATAMIENTO:

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

Apellido y Nombres Beneficiario.....

Número de afiliado D.N.I.nro.....

Yo..... doy mi conformidad al tratamiento y
cronograma propuestos 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