

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACIÓN) _____

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

Matrícula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones _____

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario, _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____