

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión _____ Fecha

Datos del asociado

Nombre y Apellido _____ N° DNI
N° de CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad : **MAESTRO DE APOYO**

Período Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido : _____

Domicilio: _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono Email _____

CUIT N° Condición frente al IVA _____

Cheque a la orden de _____

CBU n°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cronograma de Actividad (Maestro de apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o en el domicilio: _____

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela: _____

Días y horarios

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
Desde / Hasta	Desde / Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta

Firma, Aclaración y sello del profesional

