Formulario 034

CONSENTIMIENTO DE MAESTRO/A DE APOYO/EQUIPO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

Omint

(Completar todos los campos del formulario)

Lugar de emisión	Fecha
------------------	-------

Datos del prestador

Razón social		
Domicilio de atención	Localidad	Provincia
Teléfono ()		

Datos del paciente

Nombre y Apellido	N° DNI
-------------------	--------

Datos de la prestación

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACIÓN) _____

Tipo de jornada a realizar Simple ☐ Doble ☐		Categoría		
Matrícula \$	Monto Mensual \$	Período del ciclo lectivo Desde	Hasta	Año

Cronograma de asistencia

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones

Firma y sello del responsable de la Institución	Aclaración
---	------------

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario	N° de Beneficiario	N° de DNI	
Firma del beneficiario o del Representante	Aclaración del firmante	Parentesco	N° de DNI del firmante
Lugar del consentimiento	Fecha del consentimiento		

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 23.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.