

Formulario 032

PRESUPUESTO DE MAESTRA/O DE APOYO



(Completar todos los campos del formulario)

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

Datos del paciente

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

Datos de la prestación

Prestación/especialidad Módulo maestra/o apoyo	Periodo Desde	Hasta	Año
Cantidad de horas mensuales	Monto mensual \$		

Datos del prestador

Nombre y Apellido		
Domicilio	Localidad	Provincia
Teléfono ()	Email	
CUIT N°	CBU (adjuntar comprobante bancario)	
N° de Cuenta Corriente o Caja de Ahorros	Banco	
Condición frente a:		Número
IVA: Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/>		
Ing. Brutos: Inscripto <input type="checkbox"/> Conv. Multilat. <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/>		

Tomo conocimiento de que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Actividad (Maestra/o de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la prestación - Escuela _____

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Desde					
Hasta					

Firma y sello del Profesional interviniente <small>(La firma deberá ser ológrafa. No se aceptarán imágenes)</small>

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 DIRECCIN NACIONAL DE PROTECCIÓN 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.