

Planilla de asistencia a Institución (Centro de rehabilitación, EGB, CET, C.DIA, etc)

Adjuntar este documento junto a la factura o recibo que emita.

Razón social del prestador: _____

Domicilio real donde se realiza la prestación: _____

Dejo constancia que el/la socio/a _____

Con DNI: _____ ha recibido tratamiento/prestación de _____

durante el mes de _____, 20____.

Esta planilla corresponde a la factura N°: _____

Día	Fecha	Presente / Ausente	Hora de egreso	Firma de titular o tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Presente / Ausente	Hora de egreso	Firma de titular o tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Presente / Ausente	Hora de egreso	Firma de titular o tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Presente / Ausente	Hora de egreso	Firma de titular o tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Presente / Ausente	Hora de egreso	Firma de titular o tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Firma y sello del director institución (Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes)	
Firma del titular o Tutor (Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes)	
Aclaración	N° DNI

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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° 25.326. La DIRECCIÓN 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.