

Consentimiento de Instituciones Educativas

(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° de DNI
-------------------	-----------

Datos de la prestación

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACIÓN) _____

Tipo de jornada a realizar Simple <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/>		Incluye dependencia Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Categoría	
Matrícula \$	Monto Mensual \$	Período del ciclo lectivo Desde		Hasta	Año

Cronograma de asistencia

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	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		