

## Consentimiento de Instituciones no Educativas

(Completar todos los campos del formulario)

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

### Datos del prestador

|                       |           |           |
|-----------------------|-----------|-----------|
| Razón Social          |           |           |
| Domicilio de atención | Localidad | Provincia |
| Teléfono<br>(       ) |           |           |

### Datos del paciente

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| Nombre y Apellido | N° de DNI |
|-------------------|-----------|

### Datos de la prestación

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACIÓN) \_\_\_\_\_

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