

Consentimiento de maestros de apoyo y equipos de integración escolar

(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: A:	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° 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.