

Presupuesto de equipo de apoyo para la integración escolar

(Completar todos los campos del formulario)

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

Datos del paciente

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

Datos de la prestación

Prestación / Especialidad	Período		
Equipo de apoyo para la integración escolar	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:	IVA:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Monotributo <input type="checkbox"/>
	Ing. Brutos:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Conv. Multilat. <input type="checkbox"/>
		Exento <input type="checkbox"/>	Exento <input type="checkbox"/>
		Número	

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.

Actividad Áulica

Nombre del profesional	
Institución en que se brindará la prestación - Escuela	
Dirección	Localidad

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Desde					
Hasta					

Presupuesto de equipo de apoyo para la integración escolar (continuación)

Actividad Extra Áulica

Conformación del equipo profesional interviniente

1 Nombre y Apellido	Título Profesional
----------------------------	--------------------

Objetivo de la intervención: _____

2 Nombre y Apellido	Título Profesional
----------------------------	--------------------

Objetivo de la intervención: _____

3 Nombre y Apellido	Título Profesional
----------------------------	--------------------

Objetivo de la intervención: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación	Localidad
--	-----------

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Desde					
Hasta					

Firma y sello del representante del Equipo	Aclaración
--	------------