

Presupuesto de maestra de apoyo

(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 Maestra de Apoyo | Período 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"/> | Exento <input type="checkbox"/> |
| | Ing. Brutos: Inscripto <input type="checkbox"/> | Conv. Multilat. <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.

Cronograma de Actividad (Maestra de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la prestación - Escuela _____

| Días Horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| Desde | | | | | |
| Hasta | | | | | |

| | |
|-------------------------------|------------|
| Firma y sello del Profesional | Aclaración |
|-------------------------------|------------|