

Equipo de Apoyo a la Integración escolar

PRESUPUESTO hoja 1

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado/a

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Periodo Desde Hasta Año |

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre.....

Domicilio.....

Teléfono Email.....

CUIT N° Condición frente al IVA.....

Cheque a la orden de

Actividad Áulica

Institución en la que se brindara la Prestación – Escuela:.....

Sita en Calle..... N° de la Ciudad de.....

Días y Horarios

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Desde

Hasta

Actividad Extra Áulica

Conformidad del equipo profesional interviniente:

1. Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención.....

.....
.....
.....

2. Nombre y Apellido:.....

Titulo profesional:.....

Objetivo de la intervención:.....

.....

.....

.....

3. Nombre y Apellido:.....

Titulo profesional:.....

Objetivo de la intervención:.....

.....

.....

.....

Domicilio real donde se brindara la prestación, sito en Calle N°

De la Ciudad de.....

Días y Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello
Del Profesional – directivo
De la Institución