

INSTITUCIONES
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(EGB- CET - Centro de día - Formación laboral - Educación Inicial - Hogar)

Fecha de emisión:.....

OSPECON:

Nombre y Apellido Beneficiario:.....

DNI Beneficiario..... CUIL Titular.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Prestación:.....

Desde:..... Hasta.....2023

Domicilio donde se realiza la prestación:..... Localidad:

Categoría:..... Vencimiento Registro Prestador

Tipo de jornada: Simple () Completa () Reducida ()

Dependencia (Sujeto a Evaluación) SI NO

Monto mensual: \$.....

Nombre del Prestador.....Nº.....

CUIT:.....

Mail:..... Teléfono:

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:.....

***Presentar Constancia de Alumno Regular con Domicilio de la institución.**
NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

.....
 Firma Responsable de Institución Aclaración

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario:.....DNI:.....

.....
 Firma Beneficiario o representante Aclaración

DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:.....