

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 _____ 2024

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 _____ N° _____

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

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____ DNI: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____