

**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 \_\_\_\_\_

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 descripto precedentemente al

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_