

## PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión:.....

**OSPECON:**

Nombre y Apellido del Beneficiario: .....

DNI.....

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

Teléfono:..... E-Mail:.....

**Prestación: TRANSPORTE** Período: ..... a..... 2022

Desde domicilio:..... Localidad.....

Hasta domicilio:..... Localidad.....

**Prestación a la que asiste:**.....

Cantidad de:

Viajes semanales:..... Viajes mensuales:.....

Kilómetros por viaje:..... Kilómetros diarios:..... Kilómetros mensuales.....

Valor kilómetro \$..... Resolución.....

Total valor mensual: \$.....

Prestador:..... N°.....

CUIT:.....

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>Horario</b>	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*Presentar constancia de alumno regular o del lugar donde concurre con Domicilio, días y horarios.  
NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

.....  
Firma Responsable del Transporte

.....  
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:.....

**TRATAMIENTOS AMBULATORIOS**  
**PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**  
(Módulos- Prestación de Apoyo - Estimulación Temprana - Integración Escolar)

Fecha de emisión:.....

**OSPECON:**

Nombre y Apellido del Beneficiario:.....

DNI.....

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

Teléfono:..... E-Mail:.....

**Prestación/Especialidades:**.....

Período:.....a.....2022

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

Cantidad de sesiones

Semanales:..... Mensuales:.....

Monto por sesión: \$..... Resolución.....

Monto mensual: \$.....

Prestador:.....Nº.....

CUIT:.....

**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:

---



---



---

**NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

.....  
Firma Responsable

.....  
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:.....

**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.....

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

Teléfono:..... E-Mail:.....

**Prestación:**.....

Período:.....a.....2022

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

Categoría:.....

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

Monto mensual: \$..... Resolución.....

Prestador:.....N°.....

CUIT:.....

**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:.....