

PRESUPUESTO DE ESCOLARIDAD ESPECIAL

Lugar de emisión _____ Fecha _____

Datos del beneficiario

Apellido y nombre _____ Tipo y N° Doc _____

Tel. _____ E-mail _____

Diagnóstico _____

FIM Si (Adjuntar) No

Datos de la prestación

Modalidad _____

Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Tipo de jornada a realizar: Simple Doble

Categoría: A B C Incluye almuerzo: Si No

Monto mensual \$ _____ Matricula \$ _____

Datos del prestador

Apellido y nombre/Razón social _____ CUIT _____

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: Calle _____

Localidad _____ Provincia _____

C.P. _____ Tel. _____ E-mail _____

Cronograma de asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por la Institución/Profesional.

Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.

Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): _____

Firma y sello del Prestador