



**CONSENTIMIENTO BILATERAL EQUIPO DE INTEGRACION ESCOLAR /
MAESTRO/A DE APOYO**

DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN

Razón social del Prestador: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio donde se brinda la prestación: _____

(Indicar Nombre y domicilio del Establecimiento)

Datos de la prestación (según Mecanismo de Integración) : _____

Tipo de Jornada: SIMPLE _____ DOBLE _____ *(Indicar con X según corresponda)* **Categoría:** _____

Matrícula :\$ _____ *(en caso de corresponder)* **Monto Mensual: \$** _____

Periodo: Desde _____ **Hasta** _____ **Año** _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios (desde- hasta)					

Por la presente certifico que he explicado las características de la practica que se brinda a:

(indicar nombre y apellido del afiliado) _____

Y que se han contestado todas las preguntas surgidas por Padres/Tutor en torno a la misma.

Firma y sello del Prestador/Responsable de la Institución.

Por la presente dejo constancia de mi **CONSENTIMIENTO** al Programa de
Prestaciones descripto precedentemente a:

Nombre y Apellido del Beneficiario : _____

N.º de Afiliado : _____ **D.N.I:** _____ **Edad:** _____

Mail: _____ **Teléfono:** _____

Firma de Madre/Padre o Tutor

Aclaración Y D.N.I

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

(debe ser anterior al periodo solicitado)