



APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Nombre y Apellido del Beneficiario : _____

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

Mail: _____ Teléfono: _____

Listado de profesionales intervinientes.

A continuación detallamos los profesionales que participan en el proyecto de Integración Escolar.

Nombre y Apellido: _____ Profesión: _____

Función: Docente integrador/a | Supervisor/a | Coordinador/a | Otro/a: _____

Nombre y Apellido: _____ Profesión: _____

Función: Docente integrador/a | Supervisor/a | Coordinador/a | Otro/a: _____

Nombre y Apellido: _____ Profesión: _____

Función: Docente integrador/a | Supervisor/a | Coordinador/a | Otro/a: _____

Asimismo indicamos que la facturación estará a cargo de: _____

C.U.I.T: _____

Adjuntamos a este listado los títulos universitarios e Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (según corresponda).

Si los profesionales intervinientes fueran más de 3, imprimir otra copia del presente formulario.

Firma y sello de los profesionales intervinientes:

1.....

2.....

3.....