

ANEXO III - Modelos de planillas para consentimiento de los planes de tratamiento.

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____

Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____

Monto mensual (\$): _____

Categoría: _____

Período Ciclo Lectivo, Desde: _____

Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

Observaciones

Firma Responsable de Institución _____

Aclaración: _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____