Anexo 1.1 Información del Beneficiario

- **Datos a completar del paciente**

Apellido y Nombre		
DNI	Nº CUIL	Fecha de Nacimiento
Tipo de afiliación Directo ( ) Monotributista ( ) Jubilado ( ) Monotributista social ( ) Servicio Doméstico ( )		
Domicilio actual		
Código Postal	Localidad	Provincia
Apellido y Nombre dela madre		
Teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto	
Apellido y Nombre del padre		
Teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto	

- **Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia:**

Vinculo	Nombre y Apellido	DNI	Firma
Beneficiario			
Madre			
Padre			
Otro - especificar			

Fecha……/……/…….