3.4 Planilla de Asistencia Mensual - Apoyo a la Integración Escolar

Prestador:……..……

Domicilio:……..……..

Correo Electrónico……Tel ( )…….…….

Apellido y Nombre del beneficiario: ……..……..

DNI: ……

Prestación:…….

Periodo (mes y año):……

Carga horaria mensual ..... hs, de acuerdo al siguiente detalle (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario), Ej.: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:…..……

Turno (mañana/tarde/doble): ……

Prestador		**Paciente o responsable**
Firma del responsable de la institución	Firma del profesional que realiza la integración	Firma
Sello o Aclaración	Sello o Aclaración	Aclaración DNI
Sello de la institución		Vínculo