**3.5 Planilla de Asistencia Mensual - Maestro de Apoyo (valor módulo)**

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 profesional que realiza la integración | Firma |
| | Aclaración |
| | DNI |
| Sello o Aclaración | Vínculo |