PLANILLA DE ASISTENCIA

Lugar de emisión:	Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:
DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Mes:	Año:

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	

<table>
<tr><td>Prestador</td><td>Persona con discapacidad o madre/padre/tutor</td></tr>
<tr><td>Firma</td><td>Firma</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Sello o aclaración</td><td>Aclaración</td></tr>
<tr><td>DNI</td></tr>
<tr><td>Vínculo</td></tr>
</table>