PRESUPUESTO PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación	Modalidad prestacional a brindar:				
Jornada simple:	Jornada doble:	Categoría A:	B:	C:	
Alimentación SI:	NO:	Dependencia SI:	NO:		
Monto mensual: $					
Período:	Desde:	Hasta:	Año:		
Datos del /la Prestador/a					
Nombre y apellido / Razón social					
CUIT:					
Teléfono:	E-mail:				
Domicilio de la institución educativa:					

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante: _____ DNI: _____

Aclaración: _____