Presupuesto: Modulo de apoyo a la Integracion escolar (equipo) 2026

Discapacidad

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: ……..Fecha: ……/……/……..

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido:……NºDNI:……

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad: **Modulo de apoyo a la Integracion escolar (equipo)**

Periodo: Desde: _____ Hasta: _____ Año: 2026

Cantidad de horas mensuales:_____ **Monto Mensual:_____-**

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido: ……

Domicilio: ……

Teléfono: …… Email:……

CUIT Nº: …….. Condición frente al IVA:……

Actividad :

Modalidad de intervencion: ……

En caso de ser presencial, domicilio: ……

Días	Lunes	Martes	miercoles	Jueves	Viernes		
Horarios							

Se encuentra de acuerdo en presentar las facturas dentro de los 60 dias de brindado el servicio: SI NO

Se encuentra de acuerdo en que recomendemos su servicio, brindando su contacto : SI/ NO

Firma, Aclaracion y Sello del Responsable-Directivo de la institucion :

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedente al beneficiario:

……

DNI: …… Nº DE Beneficiario: ……

Firma Benef. o Representante | Aclaración | DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento: ……