OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

R.N.O.S. Nº 1-0120-0

Planilla de Asistencia Mensual (Declaración Jurada) – Instituciones

Centro de día - Centro Educativo terapéutico - Formación laboral - Escuela especial - Aprestamiento laboral - Hogar permanente

PRESTADOR

Razón Social:

Domicilio:

Correo Electrónico: **Tel:**

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI:

Prestación brindada:

Tipo de jornada/horario: **Periodo (mes y año):**

Se marcará con una P (Presente) las asistencias | Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias | Se marcará con una F (Feriados)

MÓDULO (MENSUAL)

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

PRESTADOR

Firma del responsable de la institución

Aclaración: _____

Sello de la institución

PACIENTE O TUTOR RESPONSABLE

Firma

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo: _____