OSPIA — OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN

SISTEMA MECANISMO DE INTEGRACIÓN — ÁREA DISCAPACIDAD

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL (DECLARACIÓN JURADA)

Terapias ambulatorias - Módulo rehabilitación Intensivo/Simple - Módulo maestra de apoyo - Módulo apoyo a la integración escolar - Maestra de apoyo - Módulo estimulación temprana - Transporte

Beneficiario (Nombre y Apellido): .....

DNI N°: ..... **Prestador/a (Profesional/Institución): .....**

Tipo de Prestación: ..... **Mes / Año de Prestación: ..... de 2027**

DÍA	FECHA (DD/MM)	FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR	FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR
Lunes	..... /		
Martes	..... /		
Miércoles	..... /		
Jueves	..... /		
Viernes	..... /		
Sábado	..... /		
Domingo	..... /		
Lunes	..... /		
Martes	..... /		
Miércoles	..... /		
Jueves	..... /		
Viernes	..... /		
Sábado	..... /		
Domingo	..... /		
Lunes	..... /		
Martes	..... /		
Miércoles	..... /		
Jueves	..... /		
Viernes	..... /		
Sábado	..... /		
Domingo	..... /		
Lunes	..... /		
Martes	..... /		
Miércoles	..... /		
Jueves	..... /		
Viernes	..... /		
Sábado	..... /		
Domingo	..... /		
Lunes	..... /		
Martes	..... /		
Miércoles	..... /		
Jueves	..... /		
Viernes	..... /		
Sábado	..... /		
Domingo	..... /		

Observaciones:

.....

.....