OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

R.N.O.S. nº 1-01208

PRESUPUESTO PRESTACIONAL
ÁREA DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Fecha de Emisión: _____

Razón Social del Prestador: _____

CUIT: _____ **Matrícula Anual:** _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ **Teléfono:** _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Beneficiario (Nombre y Apellido): _____

DNI: _____

DETALLE DE LA PRESTACIÓN

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ **Categoría:** _____

Período: Desde: ____ / ____ / 2027 Hasta: ____ / ____ / 2027

Dependencia: [ ] Sí [ ] No **Almuerzo:** [ ] Sí [ ] No

VALORACIÓN PRESTACIONAL

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES	MONTO POR SESIÓN	MONTO MENSUAL TOTAL
_____ sesiones/mes	$ _____	$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

Fecha de Autorización: ____ / ____ / 2027

_____

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR