CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-008

2027

Presupuesto para Inicial- EGB- Aprestamiento Laboral Formación Laboral- CET- Centro de Día- Hogares

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar .....

Tipo de jornada a realizar Simple ◯ Doble ◯ Reducida ◯ Permanente ◯ **Categoría** A ◯ B ◯ C ◯

Incluye almuerzo Si ◯ No ◯ **Incluye Dependencia** Si ◯ No ◯

Monto Mensual $ **Período** Desde Hasta Año 2027

Matrícula $

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: .....

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Domicilio <u>REAL</u> donde se brindará la prestación .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

CBU N° Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador

.....