CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0012
2027

Maestra de apoyo — *Presupuesto*

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... *Fecha* ____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... *N° DNI* ____

N° Beneficiario/ CUIL ____

Constancia de alumno regular CUE .....

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: ***Maestra de Apoyo***

Período *Desde* ____ *Hasta* ____ *Año* 2027

Cantidad de horas mensuales ____ *Monto Mensual $* ____

Datos del Prestador

Nombre .....

Domicilio .....

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 Actividad (Maestra de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela .....

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

Desde _____

Hasta _____

Firma, Aclaración y Sello del Profesional ____

.....