CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-FRENTE

2027

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiaro/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde Hasta Año 2027

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual $

Constancia de alumno regular con CUE .....

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.

Actividad Aulica

Nombre del profesional que realiza la actividad: .....

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

Sita en la Calle ..... N° de la ciudad de .....

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

Desde

Hasta

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-DORSO
2027

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Actividad Extra Aulica

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle ..... *N°* ☐

de la ciudad de .....

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

Desde .....

Hasta .....

Conformación del equipo AIE

1 *Nombre y Apellido:* .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

2 *Nombre y Apellido:* .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

3 *Nombre y Apellido:* .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

Firma, Aclaración y Sello del Representante del Equipo

.....