Planilla de Asistencia a Institución - 2027

(EGB, CET-C. DÍA - etc.)

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Experiencia y Solidaridad

OSPLAD

OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Razón Social del Prestador .....

*Domicilio real donde se realiza la prestación:*_.....

Dejo constancia que el Afiliado .....

Ha concurrido a la Institución durante el mes de *2027*

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Firma y Sello del Director Institucional

Firma del Titular o Tutor

Aclaración .....

N° DNI

Importante: *Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada mes.*