OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 4 - PRESUPUESTO MÓDULO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - MAESTRA DE APOYO

Fecha: …../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Nombre y apellido Razón/Social: …….

Nº CUIT:……

Teléfono:..... E-mail:.....

Prestación / especialidad a brindar: …….

Período: Desde: ……...2027 Hasta:……...2027

Cantidad de horas mensuales: ……. ……Monto mensual: $.....

Domicilio de la institución educativa:.....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

……

Firma y sello del/prestador/a

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

D.N.I: …… Firma: ……

Parentesco:..... Aclaración:.....

* Es **obligación** completar todos los campos.