FORMULARIO SCS-FR05048-R04

FORMULARIO DE ASISTENCIA A PRESTACIONES EN INSTITUCIONES

(Centros de Día, Hogares, etc.)

Nombre y Apellido del Prestador o Institución: _____

Dejo constancia que el Asociado (Nombre y Apellido): _____ *N° DNI:* _____

Ha concurrido a (Nombre de la Prestación): _____

Durante el mes/año (Ej. Junio 2026): _____

Tipo de Jornada: DOBLE ☐ SIMPLE ☐ REDUCIDA ☐

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Se marcará con una P (Presente) las asistencias.
Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias.
S (Sábados) / D (Domingo) / F (Feriado) / J (Jornadas).

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
Firma del Responsable de la Institución	FIRMA (en forma manuscrita)
Sello o Aclaración del Profesional	Aclaración Tipo y N° de Documento
Sello de la Institución	Vínculo

SCS-FR05048-R04