PRESUPUESTO PRESTACIONAL MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y N.° de Documento: (___) _____

Prestación (según mecanismo integración): _____

Período solicitado: _____/ 20 _____ hasta _____/ 20 _____

Cantidad de horas semanales: _____ Monto mensual: $ _____

Observaciones: _____

Institución educativa en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Prestador (Razón social): _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del prestador