

CONSENTIMIENTO MAESTRA/O DE APOYO

Lugar de emisión y fecha: _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido/Razón Social: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código de área y teléfono: () _____

Email: _____

CUIT N° _____ Ingresos Brutos: _____ Condición frente al IVA: _____

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: _____

Período: Desde _____ hasta _____ año _____

Total hora / mensual: _____

Institución / Escuela común en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio de la Institución: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código de área y teléfono: () _____

Email: _____

Cronograma de asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Observaciones
Desde						
Hasta						

Firma del profesional

Aclaración

CONSENTIMIENTO (Para ser completado por el representante del afiliado, la fecha debe ser la misma de la parte de arriba)

Por la presencia de constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____ **DNI** _____

Firma, Aclaración y DNI del Beneficiario o representante y DNI

Fecha: _____ / _____ / 20____