



**PRESUPUESTO PRESTACIONAL – MAESTRA DE APOYO**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR**

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT N° \_\_\_\_\_

Institución/Escuela común en la que se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono:(    ) \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Modalidad prestacional para brindar: \_\_\_\_\_

**Período**, desde (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ hasta (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Total, hora / mensual: \_\_\_\_\_ Monto mensual: \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:

\_\_\_\_\_  
Firma, Aclaración y Sello del Prestador