



Obra Social del Personal Administración y Técnico de la Construcción y Afines
Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9

Discapacidad - Especialidades
Plan de tratamiento
Consentimiento

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador/a: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario/a: _____

DNI: _____

Prestación/especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad de sesiones	Monto de la sesión (\$)	Monto mensual(\$)

Periodo ciclo lectivo Desde _____ Hasta _____

Cronograma de asistencia

DIAS HORARIOS	Lunes De/A	Martes De/A	Miércoles De/A	Jueves De/A	Viernes De/A	Sábado De/A
ESP.						
ESP.						
ESP.						
ESP.						

Observaciones

Firma responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario/a: _____

DNI: _____ N° de beneficiario/a: _____

Firma beneficiario/a o representante

Aclaración

DNI de la persona firmante

Lugar y fecha de consentimiento: