



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

Discapacidad – Instituciones Consentimiento

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador/a: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario/a: _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACIÓN):

Tipo de jornada (simple/doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matrícula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Período ciclo lectivo Desde _____ Hasta _____

Cronograma de asistencia

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIOS	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

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: