



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
<b>HORARIOS</b>	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: