

FORMULARIO DE PRESUPUESTO MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR 2025

FECHA: ____ / ____ / ____
Debe ser POSTERIOR al pedido medico

DATOS DEL ASOCIADO:

Apellido y Nombre: _____
Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACION:

MÓDULO MAESTRO DE APOYO MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO
Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____
Cantidad de Horas Mensuales _____ Monto Mensual \$ _____

DATOS DEL PRESTADOR:

Apellido y Nombre o Razón Social: _____
Correo Electrónico: (completar con letra legible): _____
CUIT: _____
Telefono: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD AÚLICA (en la escuela):

En la Escuela común sito en la Calle: _____ N°: _____
de la Ciudad de _____ Provincia: _____

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD EXTRA AÚLICA:

Domicilio real donde se brindará la presentación, sito en _____ N°: _____
Calle: de la Ciudad de _____ Provincia: _____

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

FIRMA DEL PROFESIONAL O RESPONSABLE DE LA INSTITUCION

SELLO-ACLARACION DEL PROFESIONAL/INSTITUCION