

Presupuesto para Centro de Día, CET / Escuela especial 2026

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión: _____ Fecha: ____/____/____

1 - Datos del Afiliado:

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____ CUIL _____

2 - Datos de la Prestación:

Modalidad Prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: Simple ____ Doble ____ Reducida ____ Permanente ____ **Categoría** A- B- C _

Incluye almuerzo: Si ____ No ____ Incluye dependencia: Si ____ No ____

Monto mensual \$ _____ **Período** Desde _____ Hasta _____ Año _____

3 - Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Email: _____ CUIT: _____

4 - Cronograma de Asistencia

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello de la
Institución/Prestador

