Presupuesto de Equipo de Apoyo a la Integracion Escolar 2027

Equipo de apoyo para la integración escolar.
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:

Prestación/Especialidad: SAIE (Equipo de apoyo para la Integración Escolar) Periodo

desde:_____Hasta_____Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual $ _____

3 - Datos del Prestador:

Apellido y Nombre:_____Email: _____

Domicilio:_____Localidad: _____

Teléfono: _____ CUIT: _____

Nombre del centro: _____

4 - Cronograma de Actividad Aulica

Institución en la que brindará la Prestación - Escuela: _____

Nombre del Centro:_____

Sita en la Calle: _____N°_____Localidad:_____

5 - Días y Horarios en escuela / días y horarios en consultorio

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

_____
Firma, aclaración y sello del
Representante del Equipo