

Deberá presentar en original uno por cada prestación solicitada

## **CONSENTIMIENTO ESPECIALIDADES**

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad/Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Prestacion / Especialidad	Cantidad de Sesiones	Monto Sesión(\$)	Monto Mensual(\$)

Período Ciclo Lectivo Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

### Cronograma de Asistencia

DÍAS HORARIO	Lunes De / A:	Martes De / A:	Miércoles De / A:	Jueves De / A:	Viernes De / A:	Sábado De / A:
Esp.: _____						
Esp.: _____						
Esp.: _____						

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

## CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Tel Particular: \_\_\_\_\_ Tel Laboral: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

Deberá presentar en original uno por destino (Escuela, CET, Psicología, Kinesiología, etc.)

## CONSENTIMIENTO TRANSPORTES

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad/Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

### TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DÍA	KM/VIAJE	IMP(S)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	-----------	----------------

Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_ Montomensual (\$): \_\_\_\_\_

Período Traslados Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de Traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable del Transporte

\_\_\_\_\_  
Aclaración

## CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nro. Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

Deberá presentar un original uno por cada prestación solicitada

## CONSENTIMIENTO INSTITUCIONES

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad/Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Prestaciones a brindar:

\_\_\_\_\_

Tipodejornada (SimpleoDoble): \_\_\_\_\_ Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_

Matricula (\$): \_\_\_\_\_ Monto mensual (\$): \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

PeríodoCicloLectivo Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de Asistencia

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

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

## CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

TelParticular: \_\_\_\_\_ TelLaboral: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_