

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)



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: \_\_\_\_\_

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

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

Cronograma de Asistencia

Días Horarios	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: \_\_\_\_\_

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

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

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

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)



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

### CONSENTIMIENTO TRANSPORTES

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

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

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

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

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

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

#### TRASLADOS

Partida	Destino	Viajes/día	Km/Viaje	Imp(\$)/Km	Imp(\$) Diario

Dependencia(S/N): \_\_\_\_\_ Monto mensual(\$): \_\_\_\_\_

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 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: \_\_\_\_\_

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

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

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

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)



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:

\_\_\_\_\_

Tipo de jornada(Simple o Doble): \_\_\_\_\_ Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_ Matrícula(\$): \_\_\_\_\_ Monto mensual(\$): \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

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

Cronograma de Asistencia

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: 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: \_\_\_\_\_ Tel Particular: \_\_\_\_\_ Tel Laboral: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

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

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