

**PRESUPUESTO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR / Presupuesto de equipo (SAIE)**  
Este formulario debe ir acompañado del Acta Acuerdo (FORM. 7+ Plan de Trabajo)

Lugar de emisión \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Datos del beneficiario**

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ Tipo y N° Doc \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

FIM Si  (Adjuntar) No

**Datos de la prestación**

Modalidad \_\_\_\_\_

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cantidad de horas semanales \_\_\_\_\_ Monto hora \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de horas mensuales \_\_\_\_\_ Monto mensual \$ \_\_\_\_\_

**Datos del equipo**

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Actividad áulica**

Apellido y nombre del profesional que realiza la actividad \_\_\_\_\_

Institución/Escuela en la que se brindará la prestación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por el Profesional.

Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.

**Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Responsable del Equipo