

APOYOS A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
PRESUPUESTO MAESTRO DE APOYO/ ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO/ASISTENTE
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 prestador maestro de apoyo/ acompañante terapéutico/asistente

Apellido y nombre _____ CUIT _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____

C.P. _____ Tel. _____ E-mail _____

Cronograma de actividad (maestro de apoyo/ acompañante terapéutico/asistente)

La prestación se brindará en: Escuela Domicilio (según corresponda)

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 Prestador

Firma y sello del profesional que supervise