

**PRESUPUESTO DE FORMACIÓN LABORAL / APRESTAMIENTO LABORAL**

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 \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: Simple  Doble

Categoría: A  B  C  Monto mensual \$ \_\_\_\_\_

**Datos del prestador**

Apellido y nombre/Razón social \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

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

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

**Cronograma de actividad**

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