

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES  
PLAN DE TRATAMIENTO  
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

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

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

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

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

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

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): \_\_\_\_\_ Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_

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

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

DIAS	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 descripto precedentemente al

Beneficiario: \_\_\_\_\_

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

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

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