



# Discapacidad - Instituciones

## Plan de tratamiento. Consentimiento

Fecha de Emisión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

Código Postal

Provincia

Teléfono

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

### Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)

.....

.....

.....

Tipo de jornada (simple o doble) \_\_\_\_\_ Dependencia ( S / N )

Matrícula (\$) \_\_\_\_\_ Monto Mensual (\$) \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_

Período del ciclo lectivo    Hasta

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días Horarios	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable de la Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

### CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario o representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI

\_\_\_\_\_  
Fecha y Lugar del Consentimiento