

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
MÓDULO MAESTRO DE APOYO

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI DEL AFILIADO: _____

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR: _____

CUIT: _____

PRESTACIÓN DE : _____ MES: _____ DE 20____

Colocar **"P"** si estuvo **PRESENTE**, **"A"** si estuvo **AUSENTE** o **"/"** cuando corresponde a FERIADO o FIN DE SEMANA. (TODAS LAS CASILLAS DEBEN SER COMPLETADAS)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31								

Cambios de días y/u horarios:

Motivos: _____

Firma y Sello
Responsable Institución

Firma y Aclaración
Titular / Tutor

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090