

**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