

PRESUPUESTO MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2026

RAZÓN SOCIAL: _____

CUIT: _____

DIRECCIÓN DONDE OFRECERÁ LA PRESTACIÓN: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

PRESTACIÓN A BRINDAR: _____

PERÍODO DE ATENCIÓN: _____

VALOR PRESTACIONAL CONFORME A NOMENCLADOR: _____

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN: _____

Estimado Prestador por favor consignar en este Presupuesto **los días y horarios que fehacientemente** se brindará la Integración Escolar a nuestro Afiliado, a fin que no haya errores en los intercambios de la información a lo largo del año.

HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
de					
á					

Firma y Sello del
Responsable del Centro

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090