

Consentimiento Módulo de Apoyo a la Integración Escolar 2025

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____

DATOS DEL PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL: _____ CUIT: _____

DIRECCIÓN DONDE SE OFRECE LA PRESTACIÓN: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

CANTIDAD DE HORAS DIARIAS:

CANTIDAD DE HORAS SEMANALES:

CANTIDAD DE HORAS POR MES:

PERÍODO: DE A 2025

HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Desde					
Hasta					

Nombre de la Escuela Común donde se
realizará la Prestación:

Nombre y Apellido del Referente de la
Escuela Común donde se realizará la
Prestación:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090

Consentimiento Módulo de Apoyo a la Integración Escolar 2025

DATOS DE LA PRESTACIÓN

CANTIDAD DE HORAS DIARIAS:

CANTIDAD DE HORAS SEMANALES:

CANTIDAD DE HORAS POR MES:

PERÍODO: DE A 2025

Firma y Sello de la
Autoridad del Centro

Consentimiento: Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestación descripta anteriormente al:

BENEFICIARIO:

DNI:

Firma Beneficiario / Representante

Aclaración

FECHA:

