

Consentimiento Módulo de Apoyo a la Integración Escolar 2025

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: DNI:

DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social: CUIT:

Dirección donde 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

	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 realizara la Prestación:

Domicilio: Localidad:
Teléfono:

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 descrita anteriormente al:

Beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario/ Representante

Aclaración

Fecha: