

Presupuesto Módulo de Apoyo a la Integración Escolar  
2025

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       |       |        |           |        |         |
| a        |       |        |           |        |         |

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Responsable del  
Centro