

Consentimiento Módulo Maestro de Apoyo 2026

### 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  2026

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 Maestro de Apoyo 2026

**DATOS DE LA PRESTACIÓN**

CANTIDAD DE HORAS DIARIAS:

CANTIDAD DE HORAS SEMANALES:

CANTIDAD DE HORAS POR MES:

PERÍODO: DE  A  2026

---

Firma y Sello del  
Profesional

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

BENEFICIARIO:

DNI:

---

Firma Beneficiario / Representante

---

Aclaración

FECHA:

---

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090