

## 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					
a					

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del  
Profesional

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090