

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TERAPIAS  
(CENTROS)

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

DNI DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN DE : \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

Señalar con una X el día y horario que asistió

ESPECIALIDAD						
HORARIO						
LUNES__						
MARTES__						
MIÉRCOLES__						
JUEVES__						
VIERNES__						
SÁBADO__						
LUNES__						
MARTES__						
MIÉRCOLES__						
JUEVES__						
VIERNES__						
SÁBADO__						

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TERAPIAS  
(CENTROS)

LUNES__						
MARTES__						
MIÉRCOLES__						
JUEVES__						
VIERNES__						
SÁBADO__						
LUNES__						
MARTES__						
MIÉRCOLES__						
JUEVES__						
VIERNES__						
SÁBADO__						
LUNES__						
MARTES__						
MIÉRCOLES__						
JUEVES__						
VIERNES__						
SÁBADO__						

Cambios de días y/u horarios: \_\_\_\_\_

Motivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Responsable Institución

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Titular / Tutor

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090