

# O.S.P.I.V

## Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

INSCRIPCION ANSSAL 12200/5

DISCAPACIDAD CONSENTIMIENTO - MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
--

Lugar y fecha de emisión:

Razon Social del prestador:

Domicilio de atencion:

Localidad/Provincia

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a Brindar: (según Mecanismo Integración)

Período/ Ciclo Lectivo Desde

Hasta

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO	De A:	De A:	De A:	De A:	De A:	De A:

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

### CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

Beneficiario:

DNI:

Nº BENEFICIARIO:

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario/Representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI