

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión _____ Fecha

Datos del asociado

Nombre y Apellido _____ N° DNI N° de CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad : **EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACION ESCOLAR**Período Desde Hasta Año Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido : _____

Domicilio: _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono Email _____CUIT N° Condición frente al IVA _____

Cheque a la orden de _____

CBU n°

Actividad aulica

Nombre del profesional que realiza la actividad: _____

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela: _____

Días y horarios

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
--------------	---------------	------------------	---------------	----------------	----------------

Desde _____

Hasta _____

Actividad Extra Aulica

Conformidad del equipo profesional interviniente:

1 Nombre y Apellido: _____

Título Profesional: _____

Objetivo de la intervención: _____

