

O.S.P.I.V

Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

INSCRIPCIÓN ANSSAL 12200/5

DISCAPACIDAD CONSENTIMIENTO- PLAN DE TRATAMIENTO- INSTITUCIONES

Lugar y fecha de emisión:

Razón Social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a Brindar: (según Mecanismo Integración)

Tipo de Jornada: (Simple o Doble)

Dependencia: (Si/No)

Matrícula(\$):

Monto Mensual (\$)

Categoría:

Período/ Ciclo Lectivo Desde

Hasta

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	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