



Departamento de Discapacidad

Planilla de Asistencia - Declaración Jurada Instituciones (Centro de Día, Centro Eductivo Terapéutico, Hogar, etc.)

Apellido y N	lombre del b	eneficiario:			
Nº de Afilia	do:				
Prestación:				Modalidad:	Presencial / Virtua
Tipo de Jornada:			rario:		
Prestador:					
Mes y Año:					
Fecha	Horario	Firma (Beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor)		Aclaraci	ón
		(Bertericiano y/o farmiliar responsable y/o futor)			

Por la presente, dejo conformidad que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La misma se incorporará al legajo del beneficiario.