

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - INSTITUCIONES

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de Cuit: _____

Email: _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

Modalidad	Categoría	Tipo de Jornada	Valor Módulo (\$)

Adicional por dependencia **SI** **NO** Valor por dependencia \$ _____

Adicional por Plus Patag. **SI** **NO** Valor por Plus Patag. \$ _____

Total: \$ _____

Período de la prestación:

Desde (Mes): _____ 2026 Hasta (Mes): _____ 2026

Cronograma de asistencia:

Días	Lunes De:/A:	Martes De:/A:	Miércoles De:/A:	Jueves De:/A:	Viernes De:/A:	Sábado De:/A:	Domingo De:/A:
Horarios							

Observaciones: _____

Firma y sello
Profesional

Aclaración