10°.d PRESUPUESTO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

Completo y firmado por el prestador

Fecha: / /

Prestación: _____

Datos del prestador

Razón social: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/Provincia: _____ Teléfono: _____ CUIT: _____

Correo electrónico: _____

Datos del afiliado/a

Apellido: _____ Nombre: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____

Período de la prestación:

Desde (mes): _____ 2027 hasta (mes): _____ 2027.

Cronograma de asistencia:

Lugar	Lunes de / a:	Martes de / a:	Miércoles de / a:	Jueves de / a:	Viernes de / a:	Sábado de / a:
En la institución educativa						
En consultorio / domicilio						

Datos de la institución educativa:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nivel: inicial / primario / secundario / otro: _____

Grado/año: _____ Turno: mañana / tarde / noche

Observaciones: _____

Presupuesto:

Cantidad de horas semanales	Adicional por plus patagónico	Valor por hora ($)	Valor mensual ($)
	Sí / No		

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y sello del profesional

Aclaración