OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO: 25
PRESTACIONES INSTITUCIONALES – INTEGRACION ESCOLAR
MAESTRA DE APOYO – CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de emisión

Nombre y Apellido del Beneficiario:
DNI:
Nro. Beneficiario:
Teléfono y Mail de contacto del beneficiario:

Razón Social del Prestador:
Domicilio de Atención:
Localidad / Provincia:
Teléfono:
Mail de Contacto:

Prestaciones a brindar (según Mecanismo Integración):

Tipo de Jornada (Simple o Doble): Dependencia(S/N):

Matricula ($): Monto Mensual ($): Categoría:

Periodo Ciclo Lectivo. Desde: Hasta:
Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Las facturas deben ser presentadas en tiempo y forma, antes del 10 de cada mes en la OSPIM CENTRAL.
Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

***EN CASO DE PRESENTAR INTEGRACION ESCOLAR O MAESTRA DE APOYO DEBERAN ESPECIFICAR LA INSTITUCION/ ESCUELA DONDE SE BRINDARA LA PRESTACION.**

Institución / Escuela / Maestra de Apoyo:

Firma y Sello Responsable Institución Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al:
Beneficiario:
DNI:
Firma del Beneficiario o Responsable
Aclaración

Lugar y Fecha de Consentimiento: