O.S.P.I.M.

Planilla de Asistencia Prestación de Apoyo/ Modulo Simple e Intensivo/

Maestra de Apoyo/Modulo de Integración Escolar

Razón Social del Prestador……
Correo Electrónico y teléfono del Prestador……
Dejo constancia que el Beneficiario……
Ha concurrido a Tratamiento de…….. Durante el mes de ……2024

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante: …….

Firma del Beneficiario y/o Responsable: …….

Aclaración…… DNI:……