O.S.P.I.M.

Planilla de Asistencia

Escuela/Centro Educativo Terapéutico/Centro de Dia/Hogar

Prestador:

Razón Social:

Domicilio:

Correo Electrónico:

Teléfono:

Apellido y Nombre del Beneficiario:

DNI.:

Prestación:

Tipo de Jornada:

Periodo (mes y año):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Se marcara con una P (Presente) las asistencias
Se marcara con una A (Ausentes) las asistencias
S (sábados) / D (domingos) / F (feriados) / J (jornadas)

Paciente o Responsable (aclarar vínculo):

Firma:

Aclaración:

DNI.:

Prestador:

Firma del Responsable de la Institución:

Aclaración:

Sello del Prestador: