PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2027 Fecha de Emisión:

Apellido y Nombre del BENEFICIARIO:

DNI del **Beneficiario**: Teléfono:

Correo electrónico de familiar responsable:

Prestación a brindar y modalidad:

Nombre completo del **PRESTADOR**:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico del profesional:

Teléfono del profesional:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período Desde: Hasta:

Cant. de sesiones mensuales: Monto por Sesión: Monto Mensual:

En caso de corresponder: **Almuerzo**: SI – NO **Dependencia**: SI – NO **Matrícula Anual**: SI-NO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES TOTALES: se deben incluir todo tipo de actividades ya sean con profesionales, escuela, centros de día, etc.

DESDE	HASTA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
7:_ _	8:_ _						
8:_ _	9:_ _						
9:_ _	10:_ _						
10:_ _	11:_ _						
11:_ _	12:_ _						
12:_ _	13:_ _						
13:_ _	14:_ _						
14:_ _	15:_ _						
15:_ _	16:_ _						
16:_ _	17:_ _						
17:_ _	18:_ _						
18:_ _	19:_ _						
19:_ _	20:_ _						
20:_ _	21:_ _						

Firma, sello y aclaración del Prestador