



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 2025

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:.....