

## INFORME DE

Maestra de Apoyo / Módulo de Apoyo a la Integración Escolar  
*Tachar lo que no corresponda.*

MES  NOMBRE DEL PRESTADOR   
 CUIT   
NOMBRE DEL BENEFICIARIO  EDAD   
DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD

## INFORME MENSUAL

MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN

TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SESIÓN

RESPUESTA DEL BENEFICIARIO A LA VIRTUALIDAD

*DETALLAR LOS CONTENIDOS DESARROLLADOS CON EL BENEFICIARIO EN EL MES.*

*MATERIAL DIDÁCTICO UTILIZADO.*

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma y Sello Profesional  
que brindó la prestación

El presente informe reviste carácter de declaración jurada

