

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

FECHA DE EMISIÓN CUIT
RAZÓN SOCIAL
DOMICILIO DONDE SE REALIZA LA PRESTACIÓN
MAIL TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO
DNI MODALIDAD PRESTACIÓN A BRINDAR

TIPO DE JORNADA QUE REALIZA		Simple o Doble	
Período: Desde		Hasta	
Categoría		Almuerzo	Sí - No
Monto Mensual			
En caso de corresponder: Dependencia	Sí - No	Matrícula anual	

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES MONTO POR SESIÓN

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Del Profesional:

.....
Firma Original
de Puño y letra

.....
Aclaración

.....
Sello Legible