

**PRESUPUESTO**

**MAESTRA APOYO/ PRESTACIÓN APOYO/MÓDULOS REHABILITACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL PRESTADOR**

Apellido y Nombre/ Razón Social: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Domicilio real donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**3. DATOS DE PRESTACIÓN**

Prestación solicitada: \_\_\_\_\_

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_ Monto por sesión: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto mensual: \_\_\_\_\_

**4. CRONOGRAMA DE ASISTENCIA**

|       | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| Desde |       |        |           |        |         |
| Hasta |       |        |           |        |         |

-----  
Firma, aclaración y sello profesional