



**Motivos por los que se solicita el/la cuidador/a polivalente:**

---

---

---

---

**Principales actividades de la vida diaria que requieren la asistencia de cuidador/a polivalente:**

---

---

---

---

**Supervisión de la tarea del/de la cuidador/a (indicar de qué manera se llevará adelante):**

---

---

---

**Dedicación horaria sugerida:**

Cantidad de horas diarias: \_\_\_\_\_hs.

Frecuencia semanal: \_\_\_\_\_por semana.

---

**Datos del/la profesional:**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_Profesión: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_Matrícula: \_\_\_\_\_Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Firma y matrícula/sello del profesional

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