

Datos del/la beneficiario/a de la prestación

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ años.

Tipo de prestación: Equipo de apoyo a la integración escolar

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____ de _____

Cantidad de horas mensuales: _____ Monto mensual \$ _____

Datos del prestador

Nombre y apellido / razón social: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel: _____

Correo electrónico: _____

CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Detalle de actividades áulicas en la escuela donde se realiza el proceso de inclusión educativa

Nombre y apellido del/la maestro/a de apoyo: _____

Institución donde se brindará la prestación: _____

Domicilio de la Institución: _____ Localidad _____

Tel: _____ Correo electrónico: _____

Turno: _____ Horarios: _____

La concurrencia en un proceso de inclusión educativa debe ser de lunes a viernes. En caso que por motivos excepcionales no concurra a la Institución de lunes a viernes, deberá adjuntar acta de acuerdo en la que se especifique esta situación.

Detalle de las actividades extra-áulicas > Equipo Profesional

Profesional N°1

Nombre y apellido: _____ Profesión: _____

Objetivo de la intervención:

Días y horarios: _____

Lugar donde se realiza la prestación: _____

Profesional N°2

Nombre y apellido: _____ Profesión: _____

Objetivo de la intervención:

Días y horarios: _____

Lugar donde se realiza la prestación: _____

Profesional N°3

Nombre y apellido: _____ Profesión: _____

Objetivo de la intervención:

Días y horarios: _____

Lugar donde se realiza la prestación: _____

Organización de las actividades áulicas y extra-áulicas

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

Firma y aclaración del/la responsable del
Equipo de apoyo a la Integración Escolar