

# ANEXO VII

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.  
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA  
Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar  
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

## MODELO DE PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión: .....

Nombre y Apellido del beneficiario: .....

N ° de beneficiario: .....

D.N.I.: .....

Prestación / especialidad: .....

(Si se trata de Integración Escolar definir nombre y dirección de la escuela común).

Domicilio donde se realiza la prestación: .....

Categoría: .....

Tipo de jornada: Simple ( ) Completa ( )

Periodo: .....

Cantidad de sesiones semanales: ..... Cantidad de sesiones mensuales: .....

Modalidad de Asistencia: Presencial: ..... Virtual: ..... Mixta: .....

Monto por sesión: \$ ..... monto mensual: \$ .....

Prestador: .....

Domicilio Legal: .....

Teléfono y casilla de correo: .....

N ° CUIT: ..... N ° Ing. Brutos: .....

Condición frente al IVA: .....

**Cronograma de asistencia:** marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Horario Lunes de hs..... hasta hs.....

Horario Martes de hs..... hasta hs.....

Horario Miércoles de hs..... hasta hs.....

Horario Jueves de hs..... hasta hs.....

Horario Viernes de hs..... hasta hs.....

Horario Sábado de hs..... hasta hs.....

.....  
Firma

.....  
Aclaración

\* Es **obligación** completar todos los campos.