



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO VII - MODELO DE PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión:

Nombre y Apellido del

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:..... Mail:.....

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 del Prestador

.....
Aclaración

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