

ANEXO II

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – CP (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de atención:

Localidad/ Provincia: Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto Mensual (\$)

Período Ciclo Lectivo: Desde: Hasta:

Cronograma de Asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones:

.....
.....
.....

.....
Firma Responsable de Institución

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

.....
DNI: Nro. Beneficiario:

.....
Firma Beneficiario o Representante

Aclaración:
DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: