

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 - INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:.....

Domicilio de atención:.....

Localidad/ Provincia:.....Teléfono:.....

Nombre del Beneficiario:.....

DNI:.....

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACION):

.....

.....

Tipo de Jornada (Doble o Simple):.....Dependencia (S/N):...

.....

Matricula (\$):.....Monto Mensual (\$):.....Categoría:

.....

Período Ciclo Lectivo: Desde: Hasta:

Cronograma de Asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

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: