PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD – ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

PLANILLA DE ASISTENCIA

Nombre y apellido del acompañante:……
DNI/CUIT de acompañante:…….
Nombre y apellido de
AFILIADO:……DNI……
Mes y año facturado:…….

	FECHA	Hs. de ingreso	Hs. de egreso	Total hs.	Firma y aclaración del afiliado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

TOTAL HORAS: ……

Firma y aclaración del Acompañante Terapéutico