

Anexo 1.5 - Apoyo a la Integración Escolar

Prestador:..... CUIT:.....
Domicilio de atención:
Teléfono: Mail de contacto:
Entidad Bancaria: (CBU):

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo Exento

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilita mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario : DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período Ciclo Lectivo: Año:..... Almuerzo: Si ☐ No: ☐

Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

Consentimiento

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

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____