

PLANILLA DE ASISTENCIA ACOMPAÑANTE ESCOLAR / MAESTRA DE APOYO

NOMBRE Y APELLIDO DEL ACOMPAÑANTE: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

MES y AÑO _____ MODALIDAD DE COBERTURA: SSS ☐ SUBSIDIO ☐

LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRESTACION: DOMICILIO ☐ ESCUELA ☐ OTROS ☐

DIA	HORARIO	OBSERVACIONES
1	De: a:	
2	De: a:	
3	De: a:	
4	De: a:	
5	De: a:	
6	De: a:	
7	De: a:	
8	De: a:	
9	De: a:	
10	De: a:	
11	De: a:	
12	De: a:	
13	De: a:	
14	De: a:	
15	De: a:	
16	De: a:	
17	De: a:	
18	De: a:	
19	De: a:	
20	De: a:	
21	De: a:	
22	De: a:	
23	De: a:	
24	De: a:	
25	De: a:	
26	De: a:	
27	De: a:	
28	De: a:	
29	De: a:	
30	De: a:	
31	De: a:	

Adjuntar a la factura, planilla de Asistencia. Se deberá presentar cada tres meses evaluación del afiliado. La Obra Social podrá dar de baja la prestación si se comprobare cualquier falta grave en el incumplimiento de la prestación y/o convivencia entre las partes que perjudique a la OS.

Firma del Director/a

firma del padre/madre o tutor

Firma del Prestador

Del Establecimiento