FORM.019

****

**PLANILLA DE ASISTENCIA - PRESTACION**

 NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MES Y AÑO PRESTACIONAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PRESTACION A LA QUE ASISTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha (día/mes/año) | Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable |  | Fecha (día-mes-año) | Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 ***\*Aclaración: En cada renglón deben indicar fecha y firma por cada día asistido.***

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello Institución/Profesional

Moreno 2681 (1094) Balvanera C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321