

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO DE EDUCACION ESPECIAL

La presente planilla se deberá adjuntar con la documentación al iniciar el trámite correspondiente. Consignar los datos requeridos con letra clara. La falta de cualquier ítem podrá ser motivo de rechazo.

Datos del afiliado/a:

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ DNI: _____ N° de Afiliado/a: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Datos del Prestador/a:

Nombre: _____

N° CUIT: _____

Prestación Solicitada: (marcar con x según corresponda)

Escuela Especial Jornada Simple

Escuela Especial Jornada Completa

Desde: mes..... año..... Hasta: mes..... año.....

Otras prestaciones solicitadas y/o autorizadas: (marcar con x según corresponda)

Psicopedagogía

Fonoaudiología

Centro Educativo Terapéutico

Musicoterapia

Acompañante Terapéutico

Módulo de apoyo a la integración

Psicología

Terapia Ocupacional

Otras _____

Observaciones: _____

Consentimiento

Declaro que la información proporcionada reviste de carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario/a y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada.

Firma del titular/familiar/tutor

Aclaración y DNI

Firma prestador/a

Aclaración y DNI