

## **Presupuesto para Inicial- EGB- Aprestamiento Laboral Formación Laboral- CET- Centro de Día- Hogares**

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar de emisión ..... Fecha

### Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

### Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar .....

Tipo de jornada a realizar Simple  Doble  Reducida  Permanente  Categoría A  B  C

Incluye almuerzo Si  No  Incluye Dependencia Si  No

Monto Mensual \$  Período Desde  Hasta  Año

Matrícula \$

### Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: .....

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

**Domicilio REAL** donde se brindará la prestación .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono  Email .....

CUIT N°  Condición frente al IVA .....

CBU N°  Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

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

### Cronograma de Asistencia

Días y horarios lunes martes miércoles jueves viernes sábado

Desde .....

Hasta .....

Firma, Aclaración y Sello  
de la Institución/ Prestador