



**PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

PLANILLA DE ASISTENCIA

Mes: _____

Año: _____

BENEFICIARIO:

Nº AFILIADO:

PRESTACIÓN:

Nº VOUCHER DE AUTORIZACIÓN:

Fecha	Horario	Firma del Profesional	Firma del Paciente / Padre, Madre o Tutor

Firma y Sello Profesional