



PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PLANILLA DE ASISTENCIA

Mes:

Año:

BENEFICIARIO:

Nº DNI:

PRESTACIÓN:

Nº VOUCHER DE AUTORIZACIÓN:

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

Firma y Sello Profesional