



**Planilla de Asistencia Prestación de Apoyo/ Modulo Simple e Intensivo/
Maestra de Apoyo/Modulo de Integración Escolar**

SE RECUERDO QUE LA PLANILLA DEBE SER FIRMADA AL FINALIZAR CADA SESIÓN CON FIRMA ORIGINAL (NO DIGITAL)

Razón Social del Prestador.....

Correo Electrónico y teléfono del Prestador.....

Dejo constancia que el Beneficiario.....

Ha concurrido a Tratamiento de..... Durante el mes de2026

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante:

Firma del Beneficiario y/o Responsable:

Aclaración..... DNI:.....