

Planilla de Asistencia

Escuela/Centro Educativo Terapéutico/Centro de Dia/Hogar

Prestador:

Razón Social:

Domicilio:

Correo Electrónico:

Teléfono:

Apellido y Nombre del Beneficiario:

DNI.:

Prestación:

Tipo de Jornada:

Periodo (mes y año):

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Se marcara con una P (Presente) las asistencias
 Se marcara con una A (Ausentes) las asistencias
 S (sábados) / D (domingos) / F (feriados) / J (jornadas)

Paciente o Responsable (aclarar vínculo):

Firma:

Aclaración:

DNI.:

Prestador:

Firma del Responsable de la Institución:

Aclaración:

Sello del Prestador:

