

OBRA SOCIAL

DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS, COCHERÍAS Y
CREMATORIOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA



PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: _____ / _____ / _____
Razón social del prestador:

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono:

Beneficiario: _____ DNI:
Modalidad prestacional a
brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría:

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....

..... con

Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto
a la/s prestación/es que a
continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y
adequados , comprendiendo las alternativas disponibles .

OBRA SOCIAL

DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS, COCHERÍAS Y
CREMATORIOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA



1. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

2. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

3. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

4. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada
en nombre
de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s
prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento: