



## APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

### Datos del beneficiario

Nombre y apellido:.....

Nº de Beneficiario:.....

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC      DNI      LE      PAS Nº

Edad:.....

Sexo:.....

Categoría: (Marcar con X lo que corresponda)

1. Titular
2. Cónyuge / Concubino/a
3. Hijo
4. Otros familiares

### Listado de profesionales intervinientes

A continuación detallamos los profesionales que participan en el proyecto de integración escolar.

Nombre y apellido:.....

Función: docente integrador/a | supervisor/a | coordinador/a | otro/a:.....

Profesión: .....

Función: docente integrador/a | supervisor/a | coordinador/a otro/a:.....

Profesión: .....

Nombre y apellido: .....

Función: docente integrador/a | supervisor/a | coordinador/otro/a:.....

Profesión: .....

Asimismo indicamos que la facturación estará a cargo de:

.....

CUIT Nº.....

Adjuntamos a este listado los títulos universitarios e Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (según corresponda).

**Si los profesionales intervinientes fueran más de 3, imprimir otra copia del presente formulario.**

**Firma y sello de los profesionales intervinientes:**

1. .... 2. .... 3. ....

**Dirección:** Hipólito Yrigoyen 2727, CABA

**Teléfono:** [4-866-1225](tel:4-866-1225) Interno 234/212/222. E-mail: [discapacidadarchivos@gmail.com](mailto:discapacidadarchivos@gmail.com).

