CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Para garantizar un seguimiento que garantice el correcto desarrollo de los módulos , les solicitamos complete el cronograma, indicando:

a) En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin.
b) En los ítems DÍAS, el día en que recibe la prestación y el nombre de la misma.

Lo consignado en el siguiente recuadro debe contemplar terapias, horario escolar, tiempos de descanso, traslados y alimentación.
Debe contar con la firma del titular y del profesional actuante.

Fecha: ___/___/____

Nombre y Apellido: _____

D.N.I.: _____ Edad: _____

HORARIO		DÍAS					
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
08:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						
__:__	__:__						

Firma del Titular

D.N.I. Titular

Aclaración del Titular

Firma y Sello de Profesional / Responsable de Institución

Aclaración de Profesional / Responsable de Institución