



Declaración Jurada

**Solicitud cobertura módulo
Acompañante Terapéutico en virtud contexto Sanitario actual COVID**

Fecha: de 2021

A) Datos del prestador del servicio (Acompañante Terapéutico)

- Nombre y Apellido del Prestador:
- DNI.....
- Celular/teléfono de contacto
- Mail.....
- Especificar la modalidad a través de la cual se brindará la prestación (marcar con una X la que corresponda o detallar): presencial videollamada telefónica otras.....
- Especificar fecha inicio de la prestación.....
- Carga horaria mensual.....

CARGA HORARIA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Turno mañana							
Turno tarde							
Fuera de turno							

- Marque con una cruz (X) dispositivo a realizar, según sea en:
domicilio escuela común otros.....

B) Datos del o la afiliada/o

- Nombre y apellido.....
- Nro. Afiliada/o..... DNI.....
- Nombre familiar directo/tutor..... DNI.....

Breve reseña de los motivos por los cuales el dispositivo de Acompañante Terapéutico se realiza en forma virtual (completar en caso que no sea presencial)

.....

.....

.....

.....

C) Datos de otros Dispositivos Autorizados (Institución Educativa Común, Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico)

- Nombre de la Institución
- Tiene cobertura de IOMA? Si No
- **De ser positivo, especificar:**
Nº de trámite de autorización
- Prórroga Automática
- Jornada Simple..... / Jornada Completa.....
- Especificar actividades con frecuencia y carga horaria: **adjuntar el plan de trabajo de los otros dispositivos.**

IMPORTANTE: en caso de realizarse el acompañamiento en Institución Educativa común **se deberá adjuntar a los presentes autorización para ingreso del AT en dicha Institución**, con firma y sello de la inspectora o autoridad pertinente de área o distrital de la Dirección General de Cultura y Educación de la provincia de Bs.As., detallando nombre y apellido de la persona que realizará la tarea y el horario a cumplir en la institución, sin excepción.-

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA

Declaro que la información proporcionada reviste de carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia confirmada.

Firma del titular / familiar responsable / tutor.....

Aclaración

DNI

Firma del Acompañante Terapéutico.....

Aclaración:

DNI

En la ciudad de, /..... /.....