

PLANILLA DE ASISTENCIA PARA ATENCION PSICOPEDAGOGICA

Mes de Prestación: _____

Año: _____

Por la presente dejo constancia que la afiliada/o _____

con número de af. _____ ha recibido las sesiones autorizadas

en el domicilio de atención _____ correspondientes a:

- COBERTURA BASICA *
- COBERTURA MEDIA *
- COBERTURA INTENSIVA *

*Con sesión de duración mínima de 45 minutos

Dia	Horario	Firma del profesional	Firma del familiar responsable

Conformidad de la prestación

Nombre y apellido

DNI

Parentesco

Firma