

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA / Conformidad de la/del afiliada/o

Apellido y nombre:	
Nº Afiliada/o:	Mes de prestación:
Nombre de la/del Profesional:	

Día	Entrada	Salida	Firma de la/del Profesional	Firma de la/del Afiliada/o
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Firma de la/del Afiliada/o o familiar: _____

Aclaración: _____

DNI _____

Grado de parentesco: _____