



# OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: [areadiscapacidad@ospapel.org.ar](mailto:areadiscapacidad@ospapel.org.ar)

## CONSENTIMIENTO PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

Lugar:  Fecha:  /  /

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:  DNI:

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido:

Domicilio real donde se brindara la prestación:

Localidad y Provincia:

Mail:

Telefono:  Celular:

### DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Periodo Año:  
Desde  Hasta

Cantidad de Sesiones

Semanales  Mensuales

### CRONOGRAMA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma y sello del profesional

Aclaración

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

precedentemente al Beneficiario  con DNI

Firma

Aclaración

DNI