

**ANEXO IX**  
**PRESUPUESTO - MAESTRA DE APOYO/APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR - 2017**

(COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS)

Lugar y Fecha: .....

Apellido y Nombre del Afiliado .....

D.N.I: .....

Prestación: **MAESTRA DE APOYO / APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (equipo)**  
**(Señalar lo que corresponda)**

Periodo: desde ..... hasta..... de **2017**

Cant. de Horas Mensuales: .....

Monto Mensual: \$ .....

Prestador:.....

Domicilio:.....

Teléfono: ..... E- mail.....

Nº CUIT: ..... Condición Frente al IVA: .....

Cheque a la orden de: .....

CRONOGRAMA de ACTIVIDAD AULICA: (marcar los días que se brinda la prestación)

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde:					
Hasta:					

CRONOGRAMA de ACTIVIDAD EXTRA AULICA: (marcar los días que se brinda la prestación)

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde:					
Hasta:					

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Profesional/ Equipo

*Será motivo de DEVOLUCION DE DOCUMENTACION:  
"la inexistencia o confección incorrecta y/o incompleta del anexo"*