OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

PLANILLA DE ASISTENCIA PRESTADORES

Ver 5 07022024

Beneficiario: ..... **DNI:** .....

PERIODO PRESTACIONAL (MES/AÑO): .....

Prestador: ..... **CUIT:** .....

CORRESPONDE A LA FACTURA: .....PTO. DE VENTA .....N° .....

FECHA	Hora de inicio	Hora de finalización	Firma ológrafa del Profesional	Firma ológrafa y Aclaración de Padre/Madre

DECLARO BAJO JURAMENTO haber brindado las sesiones volcadas en la presente planilla de asistencia.

.....

Firma y sello del Profesional

La firma deberá ser OLÓGRAFA (en **ORIGINAL)** , no se aceptará imágenes escaneadas de la firma